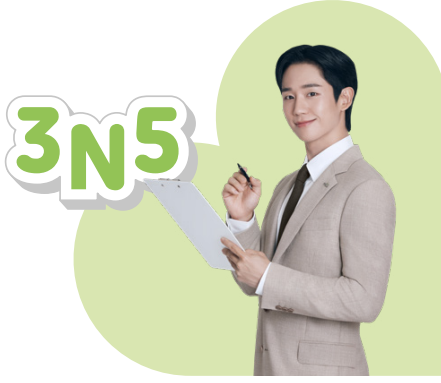
보험약관

교보간편 마이플랜건강보험 (무배당)



※ 이 약관은「금융소비자 보호에 관한 법률」에 의거,
내부 통제 절차를 거쳐 제공됩니다.

KYOBO 교보생명

목 차

보험약관 가이드 . 1
보험약관 요약서 . 4
신계약 약관 . 43

주계약 . 44
제1관 목적 및 용어의 정의 . 44
제1조 (목적) . 44
제2조 (용어의 정의) . 44
제2관 보험금의 지급 . 47
제3조 (보험금의 지급사유) . 47
제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정) . 47
제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유) . 50
제6조 (보험금 지급사유의 발생통지) . 50
제7조 (보험금 등의 청구) . 51
제8조 (보험금 등의 지급절차) . 51
제9조 (보험금 받는 방법의 변경) . 53
제10조 (주소변경통지) . 54
제11조 (보험수익자의 지정) . 54
제12조 (대표자의 지정) . 54
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 . 55
제13조 (계약 전 알릴 의무) . 55
제14조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과) . 55
제15조 (사기에 의한 계약) . 57
제4관 보험계약의 성립과 유지 . 58
제16조 (보험계약의 성립) . 58
제17조 (청약의 철회) . 60
제18조 (약관교부 및 설명의무 등) . 62
제19조 (계약의 무효) . 63
제20조 (계약내용의 변경 등) . 65
제21조 (보험나이 등) . 66
제22조 (계약의 소멸) . 67
제5관 보험료의 납입 . 67
제23조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시) . 67
제24조 (제2회 이후 보험료의 납입) . 68
제25조 (보험료의 자동대출납입) . 69
제26조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) . 70
제27조 ("보험료의 납입연체로 해지된 계약"의 부활(효력회복)) . 72
제28조 ("강제집행 등으로 해지된 계약"의 특별부활(효력회복)) . 73
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 . 73
제29조 ("계약자의 임의해지" 및 "피보험자의 서면동의 철회권") . 73

제29조의2 (위법계약의 해지) . 74
제30조 (중대사유로 인한 해지) . 75
제31조 (회사의 파산선고와 해지) . 76
제32조 (해약환급금) . 76
제33조 (보험계약대출) . 78
제34조 (배당금의 지급) . 78
제7관 분쟁의 조정 등 . 78
제35조 (분쟁의 조정) . 78
제36조 (관할법원) . 79
제37조 (소멸시효) . 79
제38조 (약관의 해석) . 79
제39조 (설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) . 80
제40조 (회사의 손해배상책임) . 80
제41조 (개인정보보호) . 81
제42조 (준거법) . 81
제43조 (예금보험에 의한 지급보장) . 82
(별표 1) 보험금 지급기준표 . 83
(별표 2) 재해분류표 . 84
(별표 3) 장해분류표 . 86
(별표 4) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제8조 제2항 및 제32조 제4항 관련) . 87

(무)25대생활습관병수술특약(간편N/갱신형) . 89
(무)2대질환CT,심장초음파,뇌파,뇌척수액검사특약(간편N/갱신형) . 132
(무)2대질환혈관조영술검사특약(간편N/갱신형) . 164
(무)36대생활습관병수술특약(간편N/갱신형) . 195
(무)36대생활습관병입원특약H(무해약환급금형/간편N) . 242
(무)36대생활습관병입원특약L(무해약환급금형/간편N) . 289
(무)3대특정생활습관병보장특약(간편N/갱신형) . 335
(무)4대중증생활습관병심장수술특약(간편N/갱신형) . 367
(무)NEW플러스수술특약(간편N/갱신형) . 400
New(무)플러스보험료납입면제특약(간편N) . 437
New(무)플러스보험료납입면제특약(간편N/갱신형) . 467
(무)PET검사특약(간편N/갱신형) . 503
(무)감염병보장특약(간편N/갱신형) . 528
(무)고액치료비암진단특약(간편N/갱신형) . 565
(무)고액치료비암진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 605
(무)고액치료비암진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 642
(무)급성심근경색증진단특약(간편N/갱신형) . 677
(무)급성심근경색증진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 702
(무)급성심근경색증진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 725
(무)급성심근경색증특정혈전제거수술특약(간편N/갱신형) . 746
(무)급성심근경색증특정혈전제거수술특약H(무해약환급금형/간편N) . 775
(무)급성심근경색증특정혈전제거수술특약L(무해약환급금형/간편N) . 800
(무)급여수술(기본)특약(간편N/갱신형) . 825

(무)급여수술(방법)특약(간편N/갱신형) . 898
(무)급여수술(원인)특약(간편N/갱신형) . 989
(무)뇌경색증특정혈전제거수술특약(간편N/갱신형) . 1080
(무)뇌경색증특정혈전제거수술특약H(무해약환급금형/간편N) . 1109
(무)뇌경색증특정혈전제거수술특약L(무해약환급금형/간편N) . 1134
(무)뇌심주요치료특약(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) . 1159
(무)뇌심주요치료특약H(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 1192
(무)뇌심주요치료특약L(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 1220
(무)뇌정위적방사선수술특약(간편N/갱신형) . 1247
(무)뇌출혈및뇌경색증진단특약(간편N/갱신형) . 1272
(무)뇌출혈및뇌경색증진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 1299
(무)뇌출혈및뇌경색증진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 1321
(무)뇌출혈진단특약(간편N/갱신형) . 1342
(무)뇌출혈진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 1370
(무)뇌출혈진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 1392
(무)뇌혈관질환상급종합병원입원특약H(무해약환급금형/간편N) . 1413
(무)뇌혈관질환상급종합병원입원특약L(무해약환급금형/간편N) . 1440
(무)뇌혈관질환상급종합병원통원특약H(연간30회한)(무해약환급금형/간편N) . 1467
(무)뇌혈관질환상급종합병원통원특약L(연간30회한)(무해약환급금형/간편N) . 1492
(무)뇌혈관질환수술보장특약(간편N/갱신형) . 1517
(무)뇌혈관질환수술보장특약H(무해약환급금형/간편N) . 1551
(무)뇌혈관질환수술보장특약L(무해약환급금형/간편N) . 1577
(무)뇌혈관질환입원특약(간편N/갱신형) . 1602
(무)뇌혈관질환진단특약(간편N/갱신형) . 1628
(무)뇌혈관질환진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 1656
(무)뇌혈관질환진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 1680
(무)뇌혈관질환통원특약H(연간30회한)(무해약환급금형/간편N) . 1703
(무)뇌혈관질환통원특약L(연간30회한)(무해약환급금형/간편N) . 1727
(무)대상포진및통풍보장특약(간편N/갱신형) . 1750
(무)대상포진보장특약(간편N/갱신형) . 1781
(무)독감치료특약(간편N/갱신형) . 1812
(무)매년받는암주요치료특약H(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한)(무해약환급금형/간편N) . 1837
(무)매년받는암주요치료특약L(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한)(무해약환급금형/간편N) . 1863
(무)부정맥진단특약(간편N/갱신형) . 1889
(무)부정맥진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 1914
(무)부정맥진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 1936
(무)부정맥질환특정심전도검사특약(간편N/갱신형) . 1958
(무)비급여암주요치료특약(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) . 1987
(무)비급여암주요치료특약H(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 2021
(무)비급여암주요치료특약L(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 2053
(무)비급여표적항암약물허가치료특약(간편N/갱신형) . 2084
(무)비급여항암약물치료특약(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) . 2137
(무)비급여항암약물치료특약H(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 2169

(무)비급여항암약물치료특약L(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 2198
(무)상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환주요치료특약(각연간1회한)(간편N/갱신형) . 2226
(무)상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환주요치료특약H(각연간1회한)(무해약환급금형/간편N) . 2262
(무)상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환주요치료특약L(각연간1회한)(무해약환급금형/간편N) . 2296
(무)상급종합병원뇌심주요치료특약(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) . 2330
(무)상급종합병원뇌심주요치료특약H(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 2364
(무)상급종합병원뇌심주요치료특약L(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 2395
(무)상급종합병원암주요치료특약(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) . 2425
(무)상급종합병원암주요치료특약(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) . 2456
(무)상급종합병원암주요치료특약H(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 2491
(무)상급종합병원암주요치료특약H(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 2520
(무)상급종합병원암주요치료특약L(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 2550
(무)상급종합병원암주요치료특약L(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 2578
(무)상급종합병원입원특약(간편N/갱신형) . 2607
(무)세번받는암진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 2636
(무)세번받는암진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 2670
(무)소액암(전립선암,초기유방암,대장점막내암제외)진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 2703
(무)소액암(전립선암,초기유방암,대장점막내암제외)진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 2741
(무)소액암(전립선암제외)진단특약(간편N/갱신형) . 2779
(무)소액암(전립선암제외)진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 2821
(무)소액암(전립선암제외)진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 2860
(무)소액암진단특약(간편N/갱신형) . 2898
(무)소액암진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 2945
(무)소액암진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 2989
(무)순환계질환주요치료특약(각연간1회한)(간편N/갱신형) . 3033
(무)순환계질환주요치료특약H(각연간1회한)(무해약환급금형/간편N) . 3067
(무)순환계질환주요치료특약L(각연간1회한)(무해약환급금형/간편N) . 3098
(무)순환계질환중환자실입원특약(간편N/갱신형) . 3129
(무)시니어수술보장특약(간편N/갱신형) . 3161
(무)심장부정맥고주파·냉각절제수술특약(간편N/갱신형) . 3189
(무)심장질환수술보장특약(간편N/갱신형) . 3215
(무)심장질환수술보장특약H(무해약환급금형/간편N) . 3249
(무)심장질환수술보장특약L(무해약환급금형/간편N) . 3276
(무)심폐소생술급여보장특약(간편N/갱신형) . 3303
(무)심폐소생술급여보장특약H(간편N) . 3328
(무)심폐소생술급여보장특약L(간편N) . 3349
(무)암다빈치로봇수술특약(간편N/갱신형) . 3369
(무)암다빈치로봇수술특약(갑상선암,전립선암제외)(간편N/갱신형) . 3399
(무)암수술특약H(무해약환급금형/간편N) . 3429
(무)암수술특약L(무해약환급금형/간편N) . 3460
(무)암요양병원입원특약(간편N/갱신형) . 3490
(무)암주요치료특약(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) . 3521
(무)암주요치료특약(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) . 3550

(무)암주요치료특약H(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 3582
(무)암주요치료특약H(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 3609
(무)암주요치료특약L(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 3637
(무)암주요치료특약L(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N) . 3663
(무)암직접치료상급종합병원통원특약H(연간30회한)(무해약환급금형/간편N) . 3690
(무)암직접치료상급종합병원통원특약L(연간30회한)(무해약환급금형/간편N) . 3729
(무)암직접치료입원특약(요양병원제외)(간편N/갱신형) . 3767
(무)암직접치료통원특약H(연간30회한)(무해약환급금형/간편N) . 3808
(무)암직접치료통원특약L(연간30회한)(무해약환급금형/간편N) . 3844
(무)암진단특약(간편N/갱신형) . 3880
(무)암진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 3917
(무)암진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 3951
(무)여성특화수술보장특약(간편N/갱신형) . 3984
(무)여성특화암진단후3대특정수술특약(간편N/갱신형) . 4026
(무)여성특화진단특약(간편N/갱신형) . 4066
(무)요실금수술특약(간편N/갱신형) . 4106
(무)응급실내원특약(간편N/갱신형) . 4132
(무)인공관절치환수술특약(간편N/갱신형) . 4159
(무)입원특약(간편N) . 4187
(무)입원특약(간편N/갱신형) . 4208
(무)재진단암특약(1년주기,5회한도)(간편N/갱신형) . 4234
(무)재진단암특약H(1년주기,5회한도)(무해약환급금형/간편N) . 4276
(무)재진단암특약L(1년주기,5회한도)(무해약환급금형/간편N) . 4313
(무)재해골절및깁스치료(부목제외)보장특약(간편N/갱신형) . 4347
(무)재해치료보장특약(간편N) . 4374
(무)제세동술및전기적심조율전환급여보장특약(간편N/갱신형) . 4398
(무)제세동술및전기적심조율전환급여보장특약H(간편N) . 4425
(무)제세동술및전기적심조율전환급여보장특약L(간편N) . 4446
(무)주요3대질환입원간병인사용특약(간편N/갱신형) . 4468
(무)중증질환자[뇌혈관및심장질환]산정특례대상보장특약(간편N/갱신형) . 4511
(무)중환자실입원특약(간편N/갱신형) . 4549
(무)질병(특정질병제외)및재해수술(상급종합병원)특약H(무해약환급금형/간편N) . 4580
(무)질병(특정질병제외)및재해수술(상급종합병원)특약L(무해약환급금형/간편N) . 4608
(무)질병(특정질병제외)및재해수술(종합병원)특약H(무해약환급금형/간편N) . 4635
(무)질병(특정질병제외)및재해수술(종합병원)특약L(무해약환급금형/간편N) . 4663
(무)질병(특정질병제외)및재해수술특약H(무해약환급금형/간편N) . 4690
(무)질병(특정질병제외)및재해수술특약L(무해약환급금형/간편N) . 4715
(무)질병및재해수술(상급종합병원)특약H(무해약환급금형/간편N) . 4740
(무)질병및재해수술(상급종합병원)특약L(무해약환급금형/간편N) . 4768
(무)질병및재해수술(종합병원)특약H(무해약환급금형/간편N) . 4795
(무)질병및재해수술(종합병원)특약L(무해약환급금형/간편N) . 4823
(무)질병및재해수술특약H(무해약환급금형/간편N) . 4850
(무)질병및재해수술특약L(무해약환급금형/간편N) . 4874

(무)질병장해보장특약H(무해약환급금형/간편N) . 4899
(무)질병장해보장특약L(무해약환급금형/간편N) . 4922
(무)추간판장애수술특약(간편N/갱신형) . 4945
(무)카티(CAR-T)항암약물허가치료특약(간편N/갱신형) . 4971
(무)통합뇌질환진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 5008
(무)통합뇌질환진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 5039
(무)통합심장질환진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 5069
(무)통합심장질환진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 5102
(무)통합암(전이포함)진단특약(간편N/갱신형) . 5133
(무)통합암(전이포함)진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 5200
(무)통합암(전이포함)진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 5263
(무)특정뇌동맥질환혈관색전수술특약(간편N/갱신형) . 5325
(무)특정뇌동맥질환혈관색전수술특약H(무해약환급금형/간편N) . 5352
(무)특정뇌동맥질환혈관색전수술특약L(무해약환급금형/간편N) . 5376
(무)특정뇌혈관질환진단특약(간편N/갱신형) . 5401
(무)특정스텐트삽입수술특약(간편N/갱신형) . 5428
(무)특정스텐트삽입수술특약H(무해약환급금형/간편N) . 5459
(무)특정스텐트삽입수술특약L(무해약환급금형/간편N) . 5487
(무)특정허혈심장질환진단특약(간편N/갱신형) . 5514
(무)표적항암약물허가치료특약(간편N/갱신형) . 5541
(무)항암방사선약물치료특약(간편N/갱신형) . 5593
(무)항암방사선치료특약H(무해약환급금형/간편N) . 5626
(무)항암방사선치료특약L(무해약환급금형/간편N) . 5651
(무)항암세기조절방사선치료특약(간편N/갱신형) . 5676
(무)항암약물치료특약H(무해약환급금형/간편N) . 5708
(무)항암약물치료특약L(무해약환급금형/간편N) . 5733
(무)항암양성자방사선치료특약(간편N/갱신형) . 5758
(무)항암정위적방사선치료특약(간편N/갱신형) . 5791
(무)항암중입자방사선치료특약(간편N/갱신형) . 5823
(무)항암중입자방사선치료특약H(간편N) . 5855
(무)항암중입자방사선치료특약L(간편N) . 5880
(무)허혈심장질환상급종합병원입원특약H(무해약환급금형/간편N) . 5905
(무)허혈심장질환상급종합병원입원특약L(무해약환급금형/간편N) . 5930
(무)허혈심장질환상급종합병원통원특약H(연간30회한)(무해약환급금형/간편N) . 5955
(무)허혈심장질환상급종합병원통원특약L(연간30회한)(무해약환급금형/간편N) . 5978
(무)허혈심장질환입원특약(간편N/갱신형) . 6001
(무)허혈심장질환진단특약(간편N/갱신형) . 6026
(무)허혈심장질환진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 6053
(무)허혈심장질환진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 6076
(무)허혈심장질환통원특약H(연간30회한)(무해약환급금형/간편N) . 6098
(무)허혈심장질환통원특약L(연간30회한)(무해약환급금형/간편N) . 6121
(무)혈전용해치료보장특약(간편N) . 6143
(무)혈전용해치료보장특약(간편N/갱신형) . 6166

(무)협심증진단특약(간편N/갱신형) . 6198
(무)협심증진단특약H(무해약환급금형/간편N) . 6225
(무)협심증진단특약L(무해약환급금형/간편N) . 6247
가입 후 무사고 고객 계약전환특약 . 6268
대리청구서비스특약 . 6275
출산육아휴직보험료납입유예특약 . 6282
장해 분류표 . 6291
약관에서 인용된 법령 . 6324
보험용어 해설 . 6523

1. 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로
보험계약자와 보험회사의 권리 및 의무를 규정하고 있습니다.

특히, **청약철회, 계약취소, 보험금 지급** 및 지급제한 사항 등
보험계약의 중요사항에 대한 설명이 들어 있으니 반드시 확인하시기 바랍니다.

2. 한 눈에 보는 약관의 구성

색인	가나다라 순 **특약색인**
보험약관 가이드	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **약관의 구성, 쉽게 찾는 방법** 등의 내용을 담고 있는 지침서
보험약관 요약서	약관을 쉽게 이해할 수 있도록 **계약 주요내용** 및 **유의사항** 등을 **시각적 방법**을 이용하여 **간단 요약한 약관**
보험약관 (주계약 & 특약)	**주계약** - 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본 약관 **특약**(특별약관) - 주계약 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
용어해설 등	약관 이해를 돕기 위한 어려운 **법률 · 보험용어의 해설**

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

3. QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response)**코드란?**
스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면 상세내용 등을 쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금 지급절차	전국 지점

4. 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(주계약 약관 기준)

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

1 보험금 지급 및 지급제한 사항	제3조 (보험금의 지급사유) 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)	47p 50p	
* 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별「보험금 지급사유 및 미지급사유」도 반드시 확인할 필요			
2 청약 철회	제17조 (청약의 철회)	60p	
3 계약 취소	제18조 (약관교부 및 설명의무 등)	62p	
4 계약 무효	제19조 (계약의 무효)	63p	
5 계약 전 알릴 의무 및 위반효과	제14조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	55p	
6 보험료 연체 및 해지	제26조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	70p	
7 부활(효력회복)	제27조 (보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력회복))	72p	
8 해약환급금	제29조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권) 제32조 (해약환급금)	73p 76p	
9 보험계약대출	제33조 (보험계약대출)	78p	

※ 주계약 기준이며, 특약은 특약별 약관 내용을 확인하시기 바랍니다.

5. 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 6가지 꿀팁을 활용하시면 약관을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있습니다.

1	시각화된 '보험약관요약서'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.	**보험약관 요약서 4p**
2	'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.	**핵심체크항목 2p**
3	'가나다 순 특약색인'을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. · 주계약에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무특약 제외) 할 수 있고 가입특약에 한해 보장 받을 수 있음	**특약색인 가이드 앞페이지**
4	약관 내용 중 어려운 보험용어는 용어해설, 약관본문 Box안 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.	**용어해설 4888p**
5	스마트폰으로 QR코드를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.	**QR코드 1p**
6	'관련법규' 항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.	**관련법규 4689p**

6. 기타 문의사항

교보생명 홈페이지
www.kyobo.com
교보생명 홈페이지 / 모바일 홈페이지 「MY 교보」

금융감독원 소비자정보 포탈
fine.fss.or.kr
보험상품 거래 단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 확인 가능

교보생명 고객센터
1588-1001 평일 09:00~18:00

전국 고객PLAZA
평일 09:00~15:30

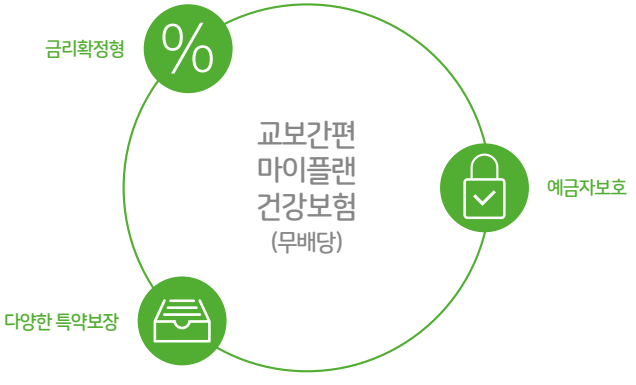
1. 보험계약의 개요

가입하신 보험계약의 보장 내용과 특징을 확인해 보세요.

교보간편마이플랜건강보험 (무배당)

무배당 | 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
건강보험 | 주계약에서 사망을 보장하고, 건강 관련 다양한 특약을 부가할 수 있습니다.
간편 | 유병력자나 고연령자들이 가입할 수 있도록 일반심사보험에 비해 계약심사과정을 간소화한 보험입니다.

상품의 주요 특징



2. 소비자가 반드시 알아야 할 유의사항

(1) 보험금 지급제한 사항

이 보험에는 **면책기간, 감액지급, 보장한도 및 자기부담금 등 보험금 지급제한 조건**이 부가되어 있습니다.
보다 자세한 사항은 상품설명서와 약관을 참조하시기 바랍니다.

면책기간

면책기간
보험금 미지급

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

구분	담보명	면책기간
New플러스보험료납입면제특약(간편N/갱신형) 1형	보험료납입면제(암, 뇌출혈 및 급성심근경색증 납입면제형)	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
New플러스보험료납입면제특약(간편N/갱신형) 3형	보험료납입면제(암 및 급성심근경색증 납입면제형)	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
New플러스보험료납입면제특약(간편N/갱신형) 4형	보험료납입면제(암 및 뇌출혈 납입면제형)	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
New플러스보험료납입면제특약(간편N/갱신형) 5형	보험료납입면제(암 납입면제형)	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
New플러스보험료납입면제특약(간편N)1형	보험료납입면제(암, 뇌출혈 및 급성심근경색증 납입면제형)	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
New플러스보험료납입면제특약(간편N)3형	보험료납입면제(암 및 급성심근경색증 납입면제형)	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
New플러스보험료납입면제특약(간편N)4형	보험료납입면제(암 및 뇌출혈 납입면제형)	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
New플러스보험료납입면제특약(간편N)5형	보험료납입면제(암 납입면제형)	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
고액치료비암진단특약LH(무해약환급금형/간편N)	고액치료비암	가입 후 **90일**간 보장제외
고액치료비암진단특약(간편N/갱신형)	고액치료비암	가입 후 **90일**간 보장제외
여성특화수술보장특약(간편N/갱신형)	여성생식기암 수술 / 유방암 절제 및 보전수술(급여)	가입 후 **90일**간 보장제외
항암방사선약물치료특약(간편N/갱신형)	일반암 항암방사선치료 / 일반암 항암약물치료	가입 후 **90일**간 보장제외
표적항암약물허가치료특약(간편N/갱신형)	표적항암약물허가치료	암은 가입 후 **90일**간 보장제외

면책기간

구분	담보명	면책기간
여성특화암진단후3대특정수술특약(간편N/갱신형)	암으로인한피부재건수술(급여) / 암으로인한림프부종수술(급여) / 유방암으로인한유방재건수술(급여)	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
항암세기조절방사선치료특약(간편N/갱신형)	항암세기조절방사선치료	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
항암양성자방사선치료특약(간편N/갱신형)	항암양성자방사선치료	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
암다빈치로봇수술특약(갑상선암/전립선암제외)(간편N/갱신형)	암다빈치로봇수술(갑상선암/전립선암제외)	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
암다빈치로봇수술특약(간편N/갱신형)	암다빈치로봇수술	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
암수술특약LH(무해약환급금형/간편N)	암 수술	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
암직접치료상급종합병원통원특약LH(연간30회한)(무해약환급금형/간편N)	암 직접치료상급종합병원 통원	가입 후 **90일**간 보장제외
암진단특약LH(무해약환급금형/간편N)	암	가입 후 **90일**간 보장제외
카티(CAR-T)항암약물허가치료특약(간편N/갱신형)	카티(CAR-T)항암약물허가치료	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
항암정위적방사선치료특약(간편N/갱신형)	항암정위적방사선 치료	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
암직접치료입원특약(요양병원제외)(간편N/갱신형)	암 직접치료입원	가입 후 **90일**간 보장제외
암진단특약(간편N/갱신형)	암	가입 후 **90일**간 보장제외
여성특화진단특약(간편N/갱신형)	여성생식기암	가입 후 **90일**간 보장제외
암직접치료통원특약LH(연간30회한)(무해약환급금형/간편N)	암	가입 후 **90일**간 보장제외
비급여표적항암약물허가치료특약(간편N/갱신형)	비급여 표적항암약물허가치료	암은 가입 후 **90일**간 보장제외

면책기간

구분	담보명	면책기간
재진단암특약 (1년주기,5회한도) (간편N/갱신형)	첫 번째 재진단암	첫번째 암 진단 확정일부터 **1년**간 보장제외
	두번째 이후 재진단암	직전 재진단암 진단 확정일부터 **1년**간 보장제외
재진단암특약LH (1년주기, 5회한도) (무해약환급금형/간편N)	첫 번째 재진단암	첫번째 암 진단 확정일부터 **1년**간 보장제외
	두번째 이후 재진단암	직전 재진단암 진단 확정일부터 **1년**간 보장제외
통합암(전이포함)진단특약 LH(무해약환급금형/간편N)	암	가입 후 **90일**간 보장제외
통합암(전이포함)진단특약 (간편N/갱신형)	암	가입 후 **90일**간 보장제외
비급여암주요치료특약 (급여전액본인부담포함) (연간1회한,최대10회) (간편N/갱신형)	비급여 암주요치료 (급여전액본인부담포함)	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
비급여항암약물치료특약 (급여전액본인부담포함) (연간1회한,최대10회) (간편N/갱신형)	비급여 항암약물치료 (급여전액본인부담포함)	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
상급종합병원암주요치료 특약(기타피부암,갑상선암 제외)(연간1회한,최대10회) (간편N/갱신형)	상급종합병원 암주요치료	가입 후 **90일**간 보장제외
상급종합병원암주요치료 특약LH(기타피부암,갑상선암 제외)(연간1회한,최대10회) (무해약환급금형/간편N)	상급종합병원 암주요치료	가입 후 **90일**간 보장제외
암주요치료특약 (기타피부암,갑상선암제외) (연간1회한,최대10회) (간편N/갱신형)	암주요치료	가입 후 **90일**간 보장제외
암주요치료특약LH (기타피부암,갑상선암제외) (연간1회한,최대10회) (무해약환급금형/간편N)	암주요치료	가입 후 **90일**간 보장제외

면책기간

구분	담보명	면책기간
항암중입자방사선치료특약(간편N/갱신형)	항암중입자방사선치료	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
항암중입자방사선치료특약LH(간편N)	항암중입자방사선치료	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
비급여암주요치료특약LH(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N)	비급여 암주요치료(급여전액본인부담 포함)	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
비급여항암약물치료특약LH(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(무해약환급금형/간편N)	비급여 항암약물치료(급여전액본인부담 포함)	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
항암방사선치료특약LH(무해약환급금형/간편N)	항암방사선치료	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
항암약물치료특약LH(무해약환급금형/간편N)	항암약물치료	암은 가입 후 **90일**간 보장제외
매년받는암주요치료특약LH(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한)	암주요치료	가입 후 **90일**간 보장제외
세번받는암진단특약LH	첫번째 암	가입 후 **90일**간 보장제외
	첫번째 재진단암	첫번째 암 진단 확정일부터 **1년**간 보장제외
	두번째 재진단암	직전 재진단암 진단 확정일부터 **1년**간 보장제외

※ 보험금 지급사유(납입면제특약의 경우 보험료 납입면제사유) 이외 납입면제와 관련된 면책기간은 약관 참조

[민원 사례]

A씨는 건강보험 가입 후 2개월이 지나서 위암을 판정받아 보험회사에 암 진단비를 청구

▶ 보험회사는 보험가입 후 90일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움을 안내

감액지급

감액지급 50%

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

구분	급부명	감액기간 및 비율
주계약	사망보험금	가입 후 **2년 미만** **50%** 지급 (다만, 재해가 원인인 경우 100% 지급)
고액치료비암진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	고액치료비암 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
고액치료비암진단특약 (간편N/갱신형)	고액치료비암 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
급성심근경색증진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	급성심근경색증 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
뇌출혈및뇌경색증진단특약 LH(무해약환급금형/간편N)	뇌출혈및 뇌경색증 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
뇌출혈및뇌경색증진단특약 (간편N/갱신형)	뇌출혈및 뇌경색증 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
뇌혈관질환진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	뇌혈관질환 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
대상포진및 통풍보장특약 (간편N/갱신형)	대상포진 / 통풍 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
소액암진단특약 (간편N/갱신형)	특정갑상선암 / 초기유방암 / 전립선암 / 경계성종양 / 양성뇌종양 / 제자리암 / 기타피부암 / 대장점막내암 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
여성특화수술보장특약 (간편N/갱신형)	여성생식기암 / 여성생식기 제자리암 수술급여금, 유방암 절제 및 보전 / 유방제자리암 절제 및 보전 수술급여금(급여)	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
특정뇌혈관질환진단특약 (간편N/갱신형)	특정뇌혈관질환 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
특정허혈심장질환진단특약 (간편N/갱신형)	특정허혈심장질환 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
표적항암약물허가치료특약 (간편N/갱신형)	표적항암약물허가치료보험금	가입 후 **2년 이내** **50%** 지급
혈전용해치료보장특약 (간편N/갱신형)	급성뇌경색증혈전용해치료 / 특정 급성심근경색증혈전용해치료보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급

감액지급

구분	급부명	감액기간 및 비율
중증질환자[뇌혈관및 심장질환]산정특례대상 보장특약(간편N/갱신형)	중증질환자뇌혈관질환산정특례대상 급여금 / 중증질환자심장질환산정특례대상 급여금	가입 후 재해 이외 원인으로 **1년 미만** 지급사유 발생시 **50%** 지급
2대질환CT,심장초음파, 뇌파,뇌척수액검사특약 (간편N/갱신형)	2대질환CT, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액검사지원보험금(급여)	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급 (다만, 재해가 원인인 경우 100% 지급)
2대질환혈관조영술검사 특약(간편N/갱신형)	2대질환혈관조형술검사지원보험금 (급여)	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급 (다만, 재해가 원인인 경우 100% 지급)
PET검사특약 (간편N/갱신형)	PET검사지원보험금(급여)	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급 (다만, 재해가 원인인 경우 100% 지급)
추간판장애수술특약 (간편N/갱신형)	추간판장애수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
항암세기조절방사선치료 특약(간편N/갱신형)	항암세기조절방사선치료보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
항암양성자방사선치료특약 (간편N/갱신형)	항암양성자방사선치료보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
대상포진보장특약 (간편N/갱신형)	대상포진 / 대상포진눈병 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
요실금수술특약 (간편N/갱신형)	요실금 수술급여금(급여)	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
4대중증생활습관병심장 수술특약(간편N/갱신형)	관상동맥성형 / 경피적 대동맥류 중재 / 경피적 심장판막 성형 / 체내용 심박조율장치 이식 수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
뇌정위적방사선수술특약 (간편N/갱신형)	뇌정위적 방사선 수술보험금(급여)	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
뇌혈관질환상급종합병원 입원특약LH (무해약환급금형/간편N)	뇌혈관질환상급종합병원 입원보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
뇌혈관질환상급종합병원 통원특약LH(연간30회한) (무해약환급금형/간편N)	뇌혈관질환상급종합병원 통원보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급

감액지급

구분	급부명	감액기간 및 비율
뇌혈관질환수술보장특약 (간편N/갱신형)	뇌혈관질환 관혈 수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
	뇌혈관질환 비관혈 수술보험금	
뇌혈관질환입원특약 (간편N/갱신형)	뇌혈관질환 입원비	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
뇌혈관질환통원특약LH (연간30회한) (무해약환급금형/간편N)	뇌혈관질환 통원보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
부정맥진단특약 (간편N/갱신형)	부정맥 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
소액암진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	기타피부암 / 대장점막내암 / 특정갑상선암 / 초기유방암 / 전립선암 / 경계성종양 / 제자리암 / 양성뇌종양 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
심장부정맥고주파·냉각절제 수술특약(간편N/갱신형)	심장부정맥 고주파·냉각절제 수술보험금(급여)	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
심장질환수술보장특약 (간편N/갱신형)	심장질환 관혈 수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급 (다만, 재해가 원인인 경우 100% 지급)
	심장질환 비관혈 수술보험금	
암다빈치로봇수술특약 (갑상선암/전립선암제외) (간편N/갱신형)	암다빈치로봇수술보험금 (갑상선암/전립선암제외)	·최초계약의 계약일부터 **180일 미만**에 수술을 받았을 경우 : **25%** 지급 ·최초계약의 계약일부터 **180일 이상 1년 미만**에 수술을 받았을 경우 : **50%** 지급
암다빈치로봇수술특약 (간편N/갱신형)	암다빈치로봇수술보험금	·최초계약의 계약일부터 **180일 미만**에 수술을 받았을 경우 : **25%** 지급 ·최초계약의 계약일부터 **180일 이상 1년 미만**에 수술을 받았을 경우 : **50%** 지급
암직접치료상급종합병원 통원특약LH(연간30회한) (무해약환급금형/간편N)	암 / 경계성종양 / 갑상선암 / 기타피부암 / 제자리암 / 대장점막내암 직접치료상급종합병원 통원보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급

감액지급

구분	급부명	감액기간 및 비율
암진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	암 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
여성특화진단특약 (간편N/갱신형)	여성생식기암/초기유방암 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
	자궁내막증 진단보험금	
카티(CAR-T)항암약물허가 치료특약(간편N/갱신형)	카티(CAR-T)항암약물허가치료보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
특정뇌동맥질환혈관색전 수술특약(간편N/갱신형)	특정뇌동맥질환 혈관색전수술보험금 (급여)	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
특정스텐트삽입수술특약 (간편N/갱신형)	관상동맥 스텐트삽입수술보험금(급여) 뇌혈관 스텐트삽입수술보험금(급여) 대동맥 스텐트삽입수술보험금(급여)	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
항암정위적방사선치료특약 (간편N/갱신형)	항암정위적방사선 치료보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
허혈심장질환상급종합병원 입원특약LH (무해약환급금형/간편N)	허혈심장질환상급종합병원 입원보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
허혈심장질환상급종합병원 통원특약LH(연간30회한) (무해약환급금형/간편N)	허혈심장질환상급종합병원 통원보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
허혈심장질환진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	허혈심장질환 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
허혈심장질환통원특약LH (연간30회한) (무해약환급금형/간편N)	허혈심장질환 통원보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
혈전용해치료보장특약 (간편N)	급성뇌경색증 / 특정 급성심근경색증 혈전용해치료보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
협심증진단특약 (간편N/갱신형)	협심증 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
항암방사선약물치료특약 (간편N/갱신형)	항암방사선 / 항암약물 치료비	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
시니어수술보장특약 (간편N/갱신형)	녹내장 / 관절염 수술비	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
25대생활습관병수술특약 (간편N/갱신형)	25대생활습관병 수술비	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급

감액지급

구분	급부명	감액기간 및 비율
36대생활습관병수술특약 (간편N/갱신형)	36대생활습관병 수술비	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
3대특정생활습관병보장특약 (간편N/갱신형)	하지정맥류 / 손목터널증후군 수술급여금, 하지정맥류 / 성대관련질환 / 손목터널증후군 입원급여금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
급성심근경색증진단특약 (간편N/갱신형)	급성심근경색증 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
급여수술(기본)특약 (간편N/갱신형)	입원(당일입원 제외) 급여 수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급 (다만, 재해가 원인인 경우 100% 지급)
	통원(당일입원 포함) 급여 수술보험금	
급여수술(원인)특약 (간편N/갱신형)	암 / 경계성종양 및 제자리암 / 4대질병 급여수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
	뇌질환 및 심장질환 급여수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급 (다만, 재해가 원인인 경우 100% 지급)
급여수술(방법)특약 (간편N/갱신형)	주요급여수술1 / 주요급여수술2 / 주요급여수술3 / 주요급여수술4 급여수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급 (다만, 재해가 원인인 경우 100% 지급)
뇌출혈진단특약 (간편N/갱신형)	뇌출혈 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
뇌출혈진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	뇌출혈 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
뇌혈관질환진단특약 (간편N/갱신형)	뇌혈관질환 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
독감치료특약 (간편N/갱신형)	독감치료보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
암수술특약LH (무해약환급금형/간편N)	암 / 경계성종양 / 제자리암 수술비	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
암진단특약(간편N/갱신형)	암 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급

감액지급

구분	급부명	감액기간 및 비율
여성특화암진단후3대특정수술특약(간편N/갱신형)	암으로인한 피부재건수술보험금(급여) / 암으로인한 림프부종수술보험금(급여) / 유방암으로인한 유방재건수술보험금(급여)	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
인공관절치환수술특약(간편N/갱신형)	견관절, 고관절, 슬관절 인공관절치환 수술급여금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
허혈심장질환진단특약(간편N/갱신형)	허혈심장질환 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
주요3대질환입원간병인사용특약(간편N/갱신형)	주요3대질환입원간병인 사용급여금(요양병원제외), 주요3대질환입원간병인 사용급여금(요양병원), 주요3대질환입원간호·간병통합서비스 사용급여금(요양병원제외)	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
암직접치료통원특약LH(연간30회한)(무해약환급금형/간편N)	암 / 경계성종양 / 갑상선암 / 기타피부암 / 제자리암 / 대장점막내암 직접치료통원보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
허혈심장질환입원특약(간편N/갱신형)	허혈심장질환입원비	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
비급여표적항암약물허가치료특약(간편N/갱신형)	비급여 표적항암약물허가치료보험금	가입 후 **2년 미만** **50%** 지급
질병및재해수술(상급종합병원)특약LH(무해약환급금형/간편N)	질병 및 재해 상급종합병원 수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급 (다만, 재해가 원인인 경우 100% 지급)
질병및재해수술(종합병원)특약LH(무해약환급금형/간편N)	질병 및 재해 종합병원 수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급 (다만, 재해가 원인인 경우 100% 지급)
질병및재해수술특약LH(무해약환급금형/간편N)	질병 및 재해 수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급 (다만, 재해가 원인인 경우 100% 지급)
뇌혈관질환수술보장특약LH(무해약환급금형/간편N)	뇌혈관질환 관혈 / 뇌혈관질환 비관혈 수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급

감액지급

구분	급부명	감액기간 및 비율
심장질환수술보장특약LH (무해약환급금형/간편N)	심장질환 관혈 / 심장질환 비관혈 수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급 (다만, 재해가 원인인 경우 100% 지급)
질병장해보장특약LH (무해약환급금형/간편N)	질병장해 급여금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
통합뇌질환진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	뇌출혈 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
	뇌경색증·협착증 진단보험금	
	뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외) 진단보험금	
	뇌전증 진단보험금	
	일과성 뇌허혈발작 진단보험금	
통합심장질환진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
	특정심장질환 진단보험금	
	특정심장염증질환 진단보험금	
	심근병증 진단보험금	
	기타부정맥 진단보험금	
	만성류마티스심장질환 진단보험금	
	특정심장판막질환 진단보험금	
	특정심장방실및전도장애 진단보험금	
	심장병합병증및심장장애 진단보험금	

감액지급

구분	급부명	감액기간 및 비율
소액암(전립선암제외)진단특약LH(간편N)	기타피부암 / 대장점막내암 / 특정갑상선암 / 초기유방암 / 경계성종양 / 제자리암 / 양성뇌종양 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
소액암(전립선암제외)진단특약(간편N/갱신형)	기타피부암 / 대장점막내암 / 특정갑상선암 / 초기유방암 / 경계성종양 / 제자리암 / 양성뇌종양 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
통합암(전이포함)진단특약LH(무해약환급금형/간편N)	두경부암(전이포함) 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
	위암 및 식도암(전이포함) 진단보험금	
	소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함) 진단보험금	
	간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함) 진단보험금	
	흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함) 진단보험금	
	골·피부 등 전신부위암(전이포함) 진단보험금	
	유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함) 진단보험금	
	남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함) 진단보험금	
	뇌암 및 중추신경계통암(전이포함) 진단보험금	
	혈액암(전이포함) 진단보험금	
	전립선암 및 난소암(전이포함) 진단보험금	

감액지급

구분	급부명	감액기간 및 비율
통합암(전이포함)진단특약(간편N/갱신형)	두경부암(전이포함) 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
	위암 및 식도암(전이포함) 진단보험금	
	소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함) 진단보험금	
	간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함) 진단보험금	
	흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함) 진단보험금	
	골·피부 등 전신부위암(전이포함) 진단보험금	
	유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함) 진단보험금	
	남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함) 진단보험금	
	뇌암 및 중추신경계통암(전이포함) 진단보험금	
	혈액암(전이포함) 진단보험금	
	전립선암 및 난소암(전이포함) 진단보험금	
항암중입자방사선치료특약(간편N/갱신형)	항암중입자방사선치료보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
항암중입자방사선치료특약LH(간편N)	항암중입자방사선치료보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
급성심근경색증특정혈전제거수술특약(간편N/갱신형)	급여 급성심근경색증 특정혈전제거수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
급성심근경색증특정혈전제거수술특약LH(무해약환급금형/간편N)	급여 급성심근경색증 특정혈전제거수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
뇌경색증특정혈전제거수술특약(간편N/갱신형)	급여 뇌경색증 특정혈전제거수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급

감액지급

구분	급부명	감액기간 및 비율
뇌경색증특정혈전제거수술특약LH(무해약환급금형/간편N)	급여 뇌경색증 특정혈전제거수술보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
부정맥진단특약LH(무해약환급금형/간편N)	부정맥 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
부정맥질환특정심전도검사특약(간편N/갱신형)	급여 부정맥질환 특정심전도검사지원보험금(1종)	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
	급여 부정맥질환 특정심전도검사지원보험금(2종)	
특정뇌동맥질환혈관색전수술특약LH(무해약환급금형/간편N)	특정뇌동맥질환 혈관색전수술보험금(급여)	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
특정스텐트삽입수술특약LH(무해약환급금형/간편N)	관상동맥 스텐트삽입수술보험금(급여) 뇌혈관 스텐트삽입수술보험금(급여) 대동맥 스텐트삽입수술보험금(급여)	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
항암방사선치료특약LH(무해약환급금형/간편N)	항암방사선치료 보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
항암약물치료특약LH(무해약환급금형/간편N)	항암약물치료 보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
협심증진단특약LH(무해약환급금형/간편N)	협심증 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
매년받는암주요치료특약LH(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한)(간편N)	암주요치료 보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
세번받는암진단특약LH(간편N)	세번받는 암 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
소액암(전립선암,초기유방암,대장점막내암제외)진단특약LH(간편N)	기타피부암 / 갑상선암 / 경계성종양 / 제자리암 / 양성뇌종양 진단보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급

감액지급

구분	급부명	감액기간 및 비율
순환계질환주요치료특약 (각연간1회한) (간편N/갱신형)	순환계질환(뇌)주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈전제거수술 제외)보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
	순환계질환(뇌)주요치료 (혈전제거수술)보험금	
	순환계질환(뇌)주요치료 (혈전용해치료)보험금	
	순환계질환(심)주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈전제거수술 제외)보험금	
	순환계질환(심)주요치료 (혈전제거수술)보험금	
	순환계질환(심)주요치료 (혈전용해치료)보험금	
순환계질환주요치료특약LH (각연간1회한)(간편N)	순환계질환(뇌)주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈전제거수술 제외)보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
	순환계질환(뇌)주요치료 (혈전제거수술)보험금	
	순환계질환(뇌)주요치료 (혈전용해치료)보험금	
	순환계질환(심)주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈전제거수술 제외)보험금	
	순환계질환(심)주요치료 (혈전제거수술)보험금	
	순환계질환(심)주요치료 (혈전용해치료)보험금	

감액지급

구분	급부명	감액기간 및 비율
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환주요치료특약(각연간1회한)(간편N/갱신형)	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(혈전제거수술)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(혈전용해치료)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(혈전제거수술)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(혈전용해치료)보험금	
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환주요치료특약N(각연간1회한)(간편N)	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금	가입 후 **1년 미만** **50%** 지급
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(혈전제거수술)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(혈전용해치료)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(혈전제거수술)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(혈전용해치료)보험금	

보장한도

보험금 지급한도 적용

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

구분	급부명	보장한도
36대생활습관병입원특약LH (무해약환급금형/간편N)	36대 생활습관병 / 25대 생활습관병 입원비	**1회** 입원당 지급일수는 **120일** 한도로 보장
고액치료비암진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	고액치료비암 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
고액치료비암진단특약 (간편N/갱신형)	고액치료비암 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
급성심근경색증진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	급성심근경색증 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
뇌출혈및뇌경색증진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	뇌출혈및뇌경색증 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
뇌출혈및뇌경색증진단특약 (간편N/갱신형)	뇌출혈및뇌경색증 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
뇌혈관질환진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	뇌혈관질환진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
대상포진및 통풍보장특약 (간편N/갱신형)	대상포진 / 통풍 진단보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
상급종합병원입원특약 (간편N/갱신형)	상급종합병원 입원급여금	**1회** 입원당 지급일수는 **120일** 한도로 보장
소액암진단특약 (간편N/갱신형)	특정갑상선암 / 초기유방암 / 전립선암 / 경계성종양 / 양성뇌종양 / 제자리암 / 기타피부암 / 대장점막내암 진단보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
암요양병원입원특약 (간편N/갱신형)	암요양병원입원비	**1회** 입원당 지급일수는 **90일** 한도로 보장 ※ 동일한 암으로 인한 누적지급일수는 365일을 한도로 보장
여성특화수술보장특약 (간편N/갱신형)	여성생식기암 / 여성생식기 제자리암 수술급여금, 유방암 절제 및 보전 / 유방제자리암 절제 및 보전 수술급여금(급여)	**최초 각 1회**에 한해 보장
인공관절치환수술특약 (간편N/갱신형)	견관절 / 고관절 / 슬관절 인공관절 치환 수술급여금	**최초1회**에 한해 보장

보장한도

구분	급부명	보장한도
입원특약(간편N)	질병재해 입원급여금	**1회** 입원당 지급일수는 **120일** 한도로 보장
특정뇌혈관질환진단특약(간편N/갱신형)	특정뇌혈관질환 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
특정허혈심장질환진단특약(간편N/갱신형)	특정허혈심장질환 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
표적항암약물허가치료특약(간편N/갱신형)	표적항암약물허가치료보험금	**최초 1회**에 한해 보장
항암방사선약물치료특약(간편N/갱신형)	항암방사선 / 항암약물 치료비	**최초 각 1회**에 한해 보장
혈전용해치료보장특약(간편N/갱신형)	급성뇌경색증혈전용해치료 / 특정급성심근경색증혈전용해치료 보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
화상및부식진단특약(간편N)	특정 화상 및 부식 진단보험금	**연 1회** 보장
	중등도이상 화상 및 부식 / 중대한 화상 및 부식 진단보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
중증질환자[뇌혈관및심장질환]산정특례대상보장특약(간편N/갱신형)	중증질환자뇌혈관질환산정특례대상급여금 / 중증질환자심장질환산정특례대상급여금	**연 각 1회**에 한해 보장
2대질환CT,심장초음파,뇌파,뇌척수액검사특약(간편N/갱신형)	2대질환CT, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액검사지원보험금(급여)	**연 1회** 한해 보장
2대질환혈관조영술검사특약(간편N/갱신형)	2대질환혈관조형술검사지원 보험금(급여)	**연 1회** 한해 보장
PET검사특약(간편N/갱신형)	PET검사지원보험금(급여)	**연 1회** 한해 보장
독감치료특약(간편N/갱신형)	독감치료보험금	**연 1회** 한해 보장
여성특화암진단후3대특정수술특약(간편N/갱신형)	암으로인한피부재건수술보험금(급여) / 암으로인한림프부종수술보험금(급여) / 유방암으로인한유방재건수술보험금(급여)	**연 각 1회** 한해 보장
항암세기조절방사선치료특약(간편N/갱신형)	항암세기조절방사선치료보험금	**최초 1회**에 한해 보장

보장한도

구분	급부명	보장한도
항암양성자방사선치료특약 (간편N/갱신형)	항암양성자방사선치료보험금	**최초 1회**에 한해 보장
대상포진보장특약 (간편N/갱신형)	대상포진 / 대상포진눈병 진단보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
요실금수술특약 (간편N/갱신형)	요실금 수술급여금(급여)	**연 1회** 한해 보장
4대중증생활습관병심장수술 특약(간편N/갱신형)	관상동맥성형 / 경피적 대동맥류 중재 / 경피적 심장판막 성형 / 체내용 심박조율장치 이식 수술보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
급여수술(기본)특약 (간편N/갱신형)	입원(당일입원 제외) 급여수술보험금	입원 **1회당 1회**한
	통원(당일입원 포함) 급여수술보험금	**1일 1회**의 통원에 한함. 통원 **1회당 1회**한, 수술코드당 **연간 3회**한
급여수술(원인)특약 (간편N/갱신형)	암 / 뇌질환 및 심장질환 / 경계성종양 및 제자리암 / 4대질병 / 특정재해 급여수술보험금	**1일 1회**의 통원에 한함. 입원 또는 통원 **1회당** **1회**한, **연간 1회**한
급여수술(방법)특약 (간편N/갱신형)	주요급여수술1 / 주요급여수술2 / 주요급여수술3 /주요급여수술4 급여수술보험금	**1일 1회**의 통원에 한함. 입원 또는 통원 **1회당 1회**한, 수술코드당 **연간 1회**한
뇌정위적방사선수술특약 (간편N/갱신형)	뇌정위적 방사선 수술보험금(급여)	**연간 1회** 한해 보장
뇌혈관질환상급종합병원입원 특약LH(무해약환급금형/간편N)	뇌혈관질환상급종합병원 입원보험금	**1회** 입원당 지급일수는 **120일** 한도로 보장
뇌혈관질환상급종합병원통원 특약LH(연간30회한) (무해약환급금형/간편N)	뇌혈관질환상급종합병원 통원보험금	**1일 1회**한, **연간 30회** 한도로 보장
뇌혈관질환수술보장특약 (간편N/갱신형)	뇌혈관질환 관혈 수술보험금	**최초 1회**에 한해 보장
	뇌혈관질환 비관혈 수술보험금	**연간 1회** 한해 보장
뇌혈관질환입원특약 (간편N/갱신형)	뇌혈관질환 입원비	**1회** 입원당 지급일수는 **120일** 한도로 보장

보장한도

구분	급부명	보장한도
뇌혈관질환통원특약LH (연간30회한) (무해약환급금형/간편N)	뇌혈관질환 통원보험금	**1일 1회** 한, **연간 30회** 한도로 보장
부정맥진단특약 (간편N/갱신형)	부정맥 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
소액암진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	기타피부암 / 대장점막내암 / 특정갑상선암 / 초기유방암 / 전립선암 / 경계성종양 / 제자리암 / 양성뇌종양 진단보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
심장부정맥고주파·냉각절제 수술특약(간편N/갱신형)	심장부정맥 고주파·냉각절제 수술보험금(급여)	**연간 1회** 한해 보장
심장질환수술보장특약 (간편N/갱신형)	심장질환 관혈 수술보험금	**최초 1회**에 한해 보장
	심장질환 비관혈 수술보험금	**연간 1회** 한해 보장
암다빈치로봇수술특약 (갑상선암/전립선암제외) (간편N/갱신형)	암다빈치로봇수술보험금 (갑상선암/전립선암제외)	**최초 1회**에 한해 보장
암다빈치로봇수술특약 (간편N/갱신형)	암다빈치로봇수술보험금	**최초 1회**에 한해 보장
암수술특약LH (무해약환급금형/간편N)	암 수술비	**최초 수술시 150만원** (2회 이후 수술시 1회당 50만원)
암직접치료상급종합병원통원 특약LH(연간30회한) (무해약환급금형/간편N)	암 / 경계성종양 / 갑상선암 / 기타 피부암 / 제자리암 / 대장점막내암 직접치료상급종합병원 통원보험금	**1일 1회** 한, **연간 30회** 한도로 보장
암진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	암 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
여성특화진단특약 (간편N/갱신형)	여성생식기암 / 초기유방암 진단보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
	자궁내막증 진단보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장 (보험기간내 최대 60세 계약해당일 전일까지 보장)
입원특약(간편N/갱신형)	질병재해 입원보험금	**1회** 입원당 사용일수는 **120일** 한도로 보장

보장한도

구분	급부명	보장한도
주요3대질환입원간병인사용 특약(간편N/갱신형)	주요3대질환입원간병인 사용 급여금(요양병원제외) / 주요3대질환입원간병인 사용 급여금(요양병원) / 주요3대질환입원간호·간병통합 서비스사용급여금(요양병원제외)	**1회** 입원당 지급일수는 **180일** 한도로 보장
카티(CAR-T)항암약물허가치료 특약(간편N/갱신형)	카티(CAR-T)항암약물허가치료 보험금	**연간 1회** 한해 보장
특정뇌동맥질환혈관색전수술 특약(간편N/갱신형)	특정뇌동맥질환 혈관색전수술 보험금(급여)	**연간 1회** 한해 보장
특정스텐트삽입수술특약 (간편N/갱신형)	관상동맥 스텐트삽입수술보험금(급여) 뇌혈관 스텐트삽입수술보험금(급여) 대동맥 스텐트삽입수술보험금(급여)	**연간 각 1회** 한해 보장
항암정위적방사선치료특약 (간편N/갱신형)	항암정위적방사선 치료보험금	**최초 1회**에 한해 보장
허혈심장질환상급종합병원 입원특약LH (무해약환급금형/간편N)	허혈심장질환상급종합병원 입원보험금	**1회** 입원당 지급일수는 **120일** 한도로 보장
허혈심장질환상급종합병원 통원특약LH(연간30회한) (무해약환급금형/간편N)	허혈심장질환상급종합병원 통원보험금	**1일 1회** 한, **연간 30회** 한도로 보장
허혈심장질환입원특약 (간편N/갱신형)	허혈심장질환 입원비	**1회** 입원당 지급일수는 **120일** 한도로 보장
허혈심장질환진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	허혈심장질환 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
허혈심장질환통원특약LH (연간30회한) (무해약환급금형/간편N)	허혈심장질환 통원보험금	**1일 1회** 한, **연간 30회** 한도로 보장
혈전용해치료보장특약(간편N)	급성뇌경색증 / 특정 급성심근경색증 혈전용해치료보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
협심증진단특약 (간편N/갱신형)	협심증 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
시니어수술보장특약 (간편N/갱신형)	관절염 수술비	**연간 1회**에 한해 보장
감염병보장특약 (간편N/갱신형)	특정감염병 입원비	**1회** 입원당 지급일수는 **120일** 한도로 보장

보장한도

구분	급부명	보장한도
3대특정생활습관병보장특약 (간편N/갱신형)	하지정맥류 / 성대관련질환 / 손목터널증후군 입원급여금	**1회** 입원당 지급일수는 **120일** 한도로 보장
급성심근경색증진단특약 (간편N/갱신형)	급성심근경색증 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
뇌출혈진단특약 (간편N/갱신형)	뇌출혈 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
뇌출혈진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	뇌출혈 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
뇌혈관질환진단특약 (간편N/갱신형)	뇌혈관질환 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
암직접치료입원특약 (요양병원제외)(간편N/갱신형)	암 / 경계성종양 / 갑상선암 / 기타 피부암 / 제자리암 / 대장점막내암 직접치료입원비	**1회** 입원당 지급일수는 **120일** 한도로 보장
암진단특약(간편N/갱신형)	암 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
응급실내원특약 (간편N/갱신형)	응급실내원 진료비	내원 **1회당** (**1일 1회** 한해 보장)
중환자실입원특약 (간편N/갱신형)	중환자실 입원급여금	**1회** 입원당 지급일수는 **60일** 한도로 보장
허혈심장질환진단특약 (간편N/갱신형)	허혈심장질환 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
암직접치료통원특약LH (연간30회한) (무해약환급금형/간편N)	암 / 경계성종양 / 갑상선암 / 기타 피부암 / 제자리암 / 대장점막내암 직접치료통원보험금	**1일 1회** 한, **연간 30회** 한도로 보장
비급여표적항암약물허가치료 특약(간편N/갱신형)	비급여 표적항암약물허가치료 보험금	**최초 1회**에 한해 보장
재진단암특약(1년주기,5회 한도)(간편N/갱신형)	재진단암진단보험금	보험기간 중 **5회**에 한하여 지급
재진단암특약LH(1년주기,5회한도) (무해약환급금형/간편N)	재진단암진단보험금	보험기간 중 **5회**에 한하여 지급
질병(특정질병제외)및재해수술 (상급종합병원)특약LH (무해약환급금형/간편N)	질병(특정질병제외) 및 재해 상급종합병원 수술보험금	동일한 질병으로 인한 경우에는 **연간 1회**에 한하여 지급, 재해로 인한 경우에는 **1일 1회**에 한하여 지급

보장한도

구분	급부명	보장한도
질병(특정질병제외)및재해수술(종합병원)특약LH(무해약환급금형/간편N)	질병(특정질병제외) 및 재해 종합병원 수술보험금	동일한 질병으로 인한 경우에는 **연간 1회**에 한하여 지급, 재해로 인한 경우에는 **1일 1회**에 한하여 지급
질병(특정질병제외)및재해수술특약LH(무해약환급금형/간편N)	질병(특정질병제외) 및 재해 수술보험금	동일한 질병으로 인한 경우에는 **연간 1회**에 한하여 지급, 재해로 인한 경우에는 **1일 1회**에 한하여 지급
질병및재해수술(상급종합병원)특약LH(무해약환급금형/간편N)	질병 및 재해 상급종합병원 수술보험금	질병 및 재해 각각에 대하여 **연간 1회**에 한함
질병및재해수술(종합병원)특약LH(무해약환급금형/간편N)	질병 및 재해 종합병원 수술보험금	질병 및 재해 각각에 대하여 **연간 1회**에 한함
질병및재해수술특약LH(무해약환급금형/간편N)	질병 및 재해 수술보험금	질병 및 재해 각각에 대하여 **연간 1회**에 한함
뇌혈관질환수술보장특약LH(무해약환급금형/간편N)	뇌혈관질환 관혈 수술보험금	**최초 1회**에 한해 보장
	뇌혈관질환 비관혈 수술보험금	**연간 1회**에 한해 보장
심장질환수술보장특약LH(무해약환급금형/간편N)	심장질환 관혈 수술보험금	**최초 1회**에 한해 보장
	심장질환 비관혈 수술보험금	**연간 1회**에 한해 보장
뇌심주요치료특약(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형)	2대질환주요치료보험금	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)
상급종합병원뇌심주요치료특약(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형)	상급종합병원 2대질환주요치료 보험금	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)

보장한도

구분	급부명	보장한도
통합뇌질환진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	뇌출혈 진단보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
	뇌경색증·협착증 진단보험금	
	뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외) 진단보험금	
	뇌전증 진단보험금	
	일과성 뇌허혈발작 진단보험금	
	특정외상성뇌출혈 진단보험금	
	특정외상성뇌손상 진단보험금	
	뇌진탕 진단보험금	
통합심장질환진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지 진단보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
	특정심장질환 진단보험금	
	특정심장염증질환 진단보험금	
	심근병증 진단보험금	
	기타부정맥 진단보험금	
	만성류마티스심장질환 진단보험금	
	특정심장판막질환 진단보험금	
	특정심장방실및전도장애 진단보험금	
	심장병합병증및심장장애 진단보험금	

보장한도

구분	급부명	보장한도
소액암(전립선암제외)진단특약LH(간편N)	기타피부암 / 대장점막내암 / 특정갑상선암 / 초기유방암 / 경계성종양 / 제자리암 / 양성뇌종양 진단보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
소액암(전립선암제외)진단특약(간편N/갱신형)	기타피부암 / 대장점막내암 / 특정갑상선암 / 초기유방암 / 경계성종양 / 제자리암 / 양성뇌종양 진단보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
통합암(전이포함)진단특약LH(무해약환급금형/간편N)	두경부암(전이포함) 진단보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
	위암 및 식도암(전이포함) 진단보험금	
	소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함) 진단보험금	
	간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함) 진단보험금	
	흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함) 진단보험금	
	골·피부 등 전신부위암(전이포함) 진단보험금	
	유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함) 진단보험금	
	남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함) 진단보험금	
	뇌암 및 중추신경계통암(전이포함) 진단보험금	
	혈액암(전이포함) 진단보험금	
	전립선암 및 난소암(전이포함) 진단보험금	

보장한도

구분	급부명	보장한도
통합암(전이포함)진단특약 (간편N/갱신형)	두경부암(전이포함) 진단보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
	위암 및 식도암(전이포함) 진단보험금	
	소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함) 진단보험금	
	간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함) 진단보험금	
	흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함) 진단보험금	
	골·피부 등 전신부위암(전이포함) 진단보험금	
	유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함) 진단보험금	
	남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함) 진단보험금	
	뇌암 및 중추신경계통암(전이포함) 진단보험금	
	혈액암(전이포함) 진단보험금	
	전립선암 및 난소암(전이포함) 진단보험금	
비급여암주요치료특약 (급여전액본인부담포함) (연간1회한,최대10회) (간편N/갱신형)	비급여 암주요치료 (급여전액본인부담 포함) 보험금	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)
비급여항암약물치료특약 (급여전액본인부담포함) (연간1회한,최대10회) (간편N/갱신형)	비급여 항암약물치료 (급여전액본인부담 포함) 보험금	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)

보장한도

구분	급부명	보장한도
상급종합병원암주요치료특약 (기타피부암,갑상선암제외) (연간1회한,최대10회) (간편N/갱신형)	상급종합병원 암주요치료보험금	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)
상급종합병원암주요치료특약LH (기타피부암,갑상선암제외) (연간1회한,최대10회) (무해약환급금형/간편N)	상급종합병원 암주요치료보험금	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)
상급종합병원암주요치료특약 (기타피부암,갑상선암) (연간1회한,최대10회) (간편N/갱신형)	상급종합병원 암주요치료보험금 (기타피부암,갑상선암)	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)
상급종합병원암주요치료특약LH (기타피부암,갑상선암) (연간1회한,최대10회) (무해약환급금형/간편N)	상급종합병원 암주요치료보험금 (기타피부암,갑상선암)	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)
암주요치료특약 (기타피부암,갑상선암제외) (연간1회한,최대10회) (간편N/갱신형)	암주요치료보험금	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)
암주요치료특약LH (기타피부암,갑상선암제외) (연간1회한,최대10회) (무해약환급금형/간편N)	암주요치료보험금	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)
암주요치료특약 (기타피부암,갑상선암) (연간1회한,최대10회) (간편N/갱신형)	암주요치료보험금 (기타피부암,갑상선암)	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)
암주요치료특약LH (기타피부암,갑상선암) (연간1회한,최대10회) (무해약환급금형/간편N)	암주요치료보험금 (기타피부암,갑상선암)	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)
항암중입자방사선치료특약 (간편N/갱신형)	항암중입자방사선치료보험금	**최초 1회**에 한해 보장
항암중입자방사선치료특약LH (간편N)	항암중입자방사선치료보험금	**최초 1회**에 한해 보장

보장한도

구분	급부명	보장한도
급성심근경색증특정혈전제거수술특약(간편N/갱신형)	급여 급성심근경색증 특정혈전제거수술보험금	**최초 1회**에 한해 보장
급성심근경색증특정혈전제거수술특약LH (무해약환급금형/간편N)	급여 급성심근경색증 특정혈전제거수술보험금	**최초 1회**에 한해 보장
뇌경색증특정혈전제거수술특약(간편N/갱신형)	급여 뇌경색증 특정혈전제거수술보험금	**최초 1회**에 한해 보장
뇌경색증특정혈전제거수술특약LH(무해약환급금형/간편N)	급여 뇌경색증 특정혈전제거수술보험금	**최초 1회**에 한해 보장
뇌심주요치료특약LH (연간1회한,최대10회) (무해약환급금형/간편N)	2대질환주요치료보험금	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)
부정맥진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	부정맥 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
부정맥질환특정심전도검사특약(간편N/갱신형)	급여 부정맥질환 특정심전도검사 지원보험금(1종)	**연간 각 1회**에 한해 보장
	급여 부정맥질환 특정심전도검사 지원보험금(2종)	
비급여암주요치료특약LH (급여전액본인부담포함) (연간1회한,최대10회) (무해약환급금형/간편N)	비급여 암주요치료(급여전액본인부담 포함)보험금	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)
비급여항암약물치료특약LH (급여전액본인부담포함) (연간1회한,최대10회) (무해약환급금형/간편N)	비급여 항암약물치료(급여전액본인부담 포함)보험금	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)
상급종합병원뇌심주요치료특약LH(연간1회한,최대10회) (무해약환급금형/간편N)	상급종합병원 2대질환주요치료보험금	최초 진단확정일로부터 **연간 1회**에 한하여 최대 **10년**간 지급 (최대 10회 지급)
특정뇌동맥질환혈관색전수술특약LH(무해약환급금형/간편N)	특정뇌동맥질환 혈관색전수술보험금(급여)	**연간 1회**에 한해 보장

보장한도

구분	급부명	보장한도
특정스텐트삽입수술특약LH (무해약환급금형/간편N)	관상동맥스텐트삽입수술보험금(급여) 뇌혈관 스텐트삽입수술보험금(급여) 대동맥 스텐트삽입수술보험금(급여)	**연간 각 1회**에 한해 보장
항암방사선치료특약LH (무해약환급금형/간편N)	항암방사선치료 보험금	**최초 1회**에 한해 보장
항암약물치료특약LH (무해약환급금형/간편N)	항암약물치료 보험금	**최초 1회**에 한해 보장
협심증진단특약LH (무해약환급금형/간편N)	협심증 진단보험금	**최초 1회**에 한해 보장
매년받는암주요치료특약LH (기타피부암,갑상선암제외) (연간1회한)(간편N)	암주요치료 보험금	**연간 1회**에 한해 보장
세번받는암진단특약LH(간편N)	세번받는 암 진단보험금	**각 최초 1회**에 한해 보장
소액암(전립선암,초기유방암, 대장점막내암제외)진단특약LH (간편N)	기타피부암 / 갑상선암 / 경계성종양 / 제자리암 / 양성뇌종양 진단보험금	**최초 각 1회**에 한해 보장
순환계질환주요치료특약 (각연간1회한)(간편N/갱신형)	순환계질환(뇌)주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈전제거 수술제외)보험금	**연간 각 1회**에 한해 보장
	순환계질환(뇌)주요치료 (혈전제거수술)보험금	
	순환계질환(뇌)주요치료 (혈전용해치료)보험금	
	순환계질환(심)주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈전제거 수술제외)보험금	
	순환계질환(심)주요치료 (혈전제거수술)보험금	
	순환계질환(심)주요치료 (혈전용해치료)보험금	

보장한도

구분	급부명	보장한도
순환계질환주요치료특약LH (각연간1회한)(간편N)	순환계질환(뇌)주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈전제거 수술제외)보험금	**연간 각 1회**에 한해 보장
	순환계질환(뇌)주요치료 (혈전제거수술)보험금	
	순환계질환(뇌)주요치료 (혈전용해치료)보험금	
	순환계질환(심)주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈전제거 수술제외)보험금	
	순환계질환(심)주요치료 (혈전제거수술)보험금	
	순환계질환(심)주요치료 (혈전용해치료)보험금	
상급종합병원 (권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환주요치료특약 (각연간1회한)(간편N/갱신형)	상급종합병원(권역심뇌혈관질환 센터포함)순환계질환(뇌)주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈전제거 수술제외)보험금	**연간 각 1회**에 한해 보장
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환 센터포함)순환계질환(뇌)주요치료 (혈전제거수술)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환 센터포함)순환계질환(뇌)주요치료 (혈전용해치료)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환 센터포함)순환계질환(심)주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈전제거 수술제외)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환 센터포함)순환계질환(심)주요치료 (혈전제거수술)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환 센터포함)순환계질환(심)주요치료 (혈전용해치료)보험금	

보장한도

구분	급부명	보장한도
상급종합병원 (권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환주요치료특약LH (각연간1회한)(간편N)	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금	**연간 각 1회**에 한해 보장
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(혈전제거수술)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(혈전용해치료)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(혈전제거수술)보험금	
	상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(혈전용해치료)보험금	
순환계질환중환자실입원특약 (간편N/갱신형)	순환계질환중환자실입원보험금	**1회** 입원당 지급일수는 **10일** 한도로 보장

※ 상기 예시된 특약 이외의 특약 내용 중 면책기간, 감액기간 및 비율, 보장한도에 관한 자세한 사항은 약관을 반드시 참조하시기 바랍니다.

(2) 해약환급금에 관한 사항

보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.

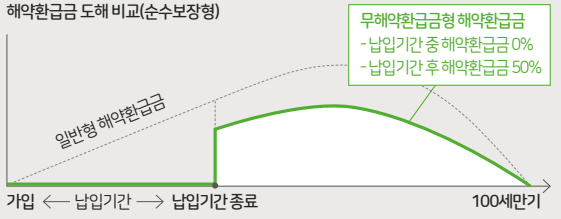
해약환급금

적음

해약환급금 적음
(중도 해지시)

해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.

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



※ 무해약환급금형의 경우 만기에 해약환급금이 없는 순수보장형 상품입니다.

(3) 갱신 시 보험료 인상 가능성

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

보험료 갱신형

보험료 변동 가능

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

갱신 시 보험료가 인상될 수 있는 계약

25대생활습관병수술특약(간편N/갱신형),
2대질환CT,심장초음파,뇌파,뇌척수액검사특약(간편N/갱신형),
2대질환혈관조영술검사특약(간편N/갱신형), 36대생활습관병수술특약(간편N/갱신형),
3대특정생활습관병보장특약(간편N/갱신형), 4대중증생활습관병심장수술특약(간편N/갱신형),
New플러스보험료납입면제특약(간편N/갱신형)1형,
New플러스보험료납입면제특약(간편N/갱신형)2형,
New플러스보험료납입면제특약(간편N/갱신형)3형,
New플러스보험료납입면제특약(간편N/갱신형)4형,
New플러스보험료납입면제특약(간편N/갱신형)5형, PET검사특약(간편N/갱신형),
감염병보장특약(간편N/갱신형), 고액치료비암진단특약(간편N/갱신형),
급성심근경색증진단특약(간편N/갱신형), 급여수술(기본)특약(간편N/갱신형),
급여수술(방법)특약(간편N/갱신형), 급여수술(원인)특약(간편N/갱신형),

보험료 갱신형

뇌정위적방사선수술특약(간편N/갱신형), 뇌출혈및뇌경색증진단특약(간편N/갱신형),
뇌출혈진단특약(간편N/갱신형), 뇌혈관질환수술보장특약(간편N/갱신형),
뇌혈관질환입원특약(간편N/갱신형), 뇌혈관질환진단특약(간편N/갱신형),
대상포진및통풍보장특약(간편N/갱신형), 대상포진보장특약(간편N/갱신형),
독감치료특약(간편N/갱신형), 부정맥진단특약(간편N/갱신형),
상급종합병원입원특약(간편N/갱신형), 소액암진단특약(간편N/갱신형),
시니어수술보장특약(간편N/갱신형), 심장부정맥고주파·냉각절제수술특약(간편N/갱신형),
심장질환수술보장특약(간편N/갱신형), 암다빈치로봇수술특약(간편N/갱신형),
암다빈치로봇수술특약(갑상선암,전립선암제외)(간편N/갱신형), 암요양병원입원특약(간편N/갱신형),
암직접치료입원특약(요양병원제외)(간편N/갱신형), 암진단특약(간편N/갱신형),
여성특화수술보장특약(간편N/갱신형), 여성특화암진단후3대특정수술특약(간편N/갱신형),
여성특화진단특약(간편N/갱신형), 요실금수술특약(간편N/갱신형), 응급실내원특약(간편N/갱신형),
인공관절치환수술특약(간편N/갱신형), 입원특약(간편N/갱신형),
재해골절및깁스치료(부목제외)보장특약(간편N/갱신형),
주요3대질환입원간병인사용특약(간편N/갱신형),
중증질환자[뇌혈관및심장질환]산정특례대상보장특약(간편N/갱신형),
중환자실입원특약(간편N/갱신형), 추간판장애수술특약(간편N/갱신형),
카티(CAR-T)항암약물허가치료특약(간편N/갱신형),
특정뇌동맥질환혈관색전수술특약(간편N/갱신형), 특정뇌혈관질환진단특약(간편N/갱신형),
특정스텐트삽입수술특약(간편N/갱신형), 특정허혈심장질환진단특약(간편N/갱신형),
표적항암약물허가치료특약(간편N/갱신형), 항암방사선약물치료특약(간편N/갱신형),
항암세기조절방사선치료특약(간편N/갱신형), 항암양성자방사선치료특약(간편N/갱신형),
항암정위적방사선치료특약(간편N/갱신형), 허혈심장질환입원특약(간편N/갱신형),
허혈심장질환진단특약(간편N/갱신형), 혈전용해치료보장특약(간편N/갱신형),
협심증진단특약(간편N/갱신형), 비급여표적항암약물허가치료특약(간편N/갱신형),
재진단암특약(1년주기,5회한도)(간편N/갱신형),
뇌심주요치료특약(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형),
상급종합병원뇌심주요치료특약(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형),
상급종합병원암주요치료특약(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형),
상급종합병원암주요치료특약(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형),
암주요치료특약(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형),
암주요치료특약(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형),
소액암(전립선암제외)진단특약(간편N/갱신형), 통합암(전이포함)진단특약(간편N/갱신형),
비급여암주요치료특약(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형),
비급여항암약물치료특약(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형),
항암중입자방사선치료특약(간편N/갱신형), 급성심근경색증특정혈전제거수술특약(간편N/갱신형),
뇌경색증특정혈전제거수술특약(간편N/갱신형), 부정맥질환특정심전도검사특약(간편N/갱신형),
NEW플러스수술특약(간편N/갱신형), 제세동술및전기적심조율전환급여보장특약(간편N/갱신형),
심폐소생술급여보장특약(간편N/갱신형), 순환계질환주요치료특약(각연간1회한)(간편N/갱신형),
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환주요치료특약(각연간1회한)(간편N/갱신형),
순환계질환중환자실입원특약(간편N/갱신형)

(4) 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험

사망, 상해, 질병 등

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

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

④ 가입한 **특약**의 경우 주계약과 **보험기간이 다릅니다**.
(특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다.)

예금자보호제도에 관한 사항

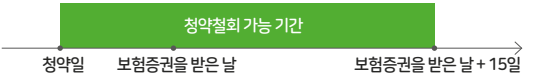
예금자보호
최고 1억원

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 **1인당 "1억원까지"**(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) **보호됩니다.**
이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이
1인당 "1억원까지" 보호됩니다.
다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

3. 보험계약 일반사항

(1) 청약을 철회할 수 있는 권리

보험계약자는 **보험증권을 받은 날부터 15일 이내**에 보험계약의 **청약을 철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



[청약철회가 불가한 경우]

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

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

(2) 보험계약을 취소할 수 있는 권리

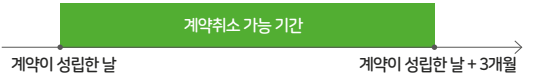
보험계약자는 다음의 경우 **계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소**할 수 있습니다. 계약 취소 시, 회사는 계약자에게 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

① 보험계약을 청약할 때 **보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우

② **보험약관 중요내용**을 설명 받지 못한 경우

③ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우

계약 취소 시 지급하는 금액 = 납입한 보험료 + 이자



(3) 보험계약의 무효

보험회사는 **다음의 경우 보험계약을 무효**로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우

② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우

③ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

(4) 보험계약 전 알릴의무 및 위반 시 효과

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서의 질문사항(중요사항)**에 대하여 **사실대로 알려야 합니다.**

계약자 또는 피보험자가 **고의 또는 중대한 과실로 사실과 다르게 알린 경우** → 보험회사는 **계약 해지 또는 보장 제한 가능**

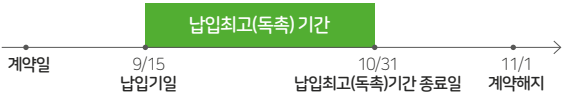
① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사 등에게 구두**로 알렸을 경우 **보험계약전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신**하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

[민원사례]
A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채 00질병보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구
▶ 보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내

[법률지식]
일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음
(대법원 2007.6.28. 선고 2006다59837)

(5) 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉) 기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지**됩니다.

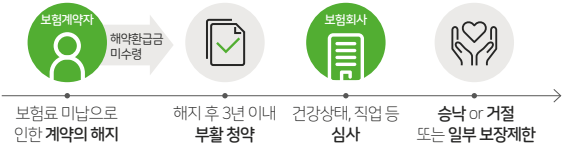


* 납입연체 : ① 보험료 납입이 연체 중이거나
② 유니버셜 상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없는 경우
* 납입최고(독촉)기간 : 14일(보험기간 1년 미만인 경우 7일) 이상의 기간

(6) 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

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

[주의사항]
보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)을 거절**하거나 **보장의 일부를 제한**할 수 있습니다.



(7) 보험계약대출

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 안에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

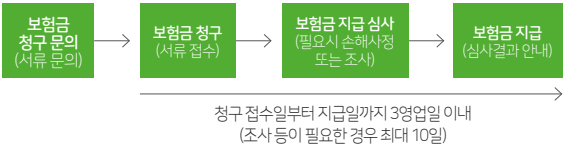
[주의사항]
① **상환하지 않은 보험계약대출금** 및 **이자**는 **해약환급금** 또는 **보험금**에서 **차감**될 수 있습니다.
② **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출**이 **제한**될 수 있습니다.
③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 **반드시 확인**하시기 바랍니다.

[예시] 해약환급금 내역서

해약환급금	공제금액			실수령액
	원금	이자	공제금액계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원

(8) 보험금 청구절차 및 서류

보험금은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.)



[주의사항]

소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우가 있으니, 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

보험금 청구서류

구분	공통서류	기타서류 (해당 시)
사망	보험금청구서, 개인(신용)정보처리 동의서, 신분증	사망진단서, 기본증명서, 상속관계확인서류
장해		장해진단서
진단		진단서, 진단사실확인서류(검사결과지 등)
입원		진단서, 입·퇴원확인서
수술		진단서, 수술확인서
실손		진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서(합산 10만원 이하 청구 시 진단병명확인서류 생략가능. 단, 산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 예외)

* 피보험자, 보험금 청구 사유에 따라 가족관계확인서류, 사고사실확인서류, 치아치료확인서, 진료차트 등 추가 서류가 필요할 수 있습니다.

교보간편마이플랜건강보험 (무배당)

약관

교보간편마이플랜건강보험 (무배당)
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 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   - 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   - 라. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
   - 마. 간편심사: 의적결함 및 연령제한으로 인하여 보험시장에서 소외되고 있는 유병력자나 고연령자 등의 계약심사 및 건강검진의 부담을 줄여 보험에 가입할 수 있도록 표준체에

비하여 간소화된 계약 전 알릴 의무 항목을 활용하여 계약심사 과정을 간소화함을 말합니다.

바. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

다. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’ 제2조(공휴일)에 따른 공휴일 및 동규정 제3조(대체공휴일)에 따른 대체공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

다. 매년 계약해당일 : 계약일부터 1년씩 지난 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당년의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

[연단위 복리 예시]
원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로

계산한 2년 시점의 총 이자 금액
- 1년차 이자 = 100원 × 10% = 10원
원금
- 2년차 이자 = (100원 + 10원) × 10% = 11원
원금 1년차 이자
→ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

다. 해약환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 일반형 계약

이 계약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 계약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 계약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

라. 해지지급률: 무해약환급금형 계약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

마. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 보험료를 말하며, 제20조(계약내용의 변경 등)에 따라 보험료가 변경되었을 경우 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 사망보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 "장해분류표"[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 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.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

③ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피

보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유)의 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다

④ 제3항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 제30조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

⑤ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "장해분류표"에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 "장해분류표" 상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는

그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, “장해분류표”의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 “장해분류표”상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, “장해분류표”의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ “장해분류표”에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 “장해분류표”의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

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

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지

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

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
   나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복) 청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 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 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제7조 (보험금 등의 청구)

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

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

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

제8조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요

한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 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 보험금 등을 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(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항 및 제15항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

[보험금 가지급제도]

회사가 지급기일 내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 판단되는 경우 보험수익자에게 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

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

⑤ 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 가지급합니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 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 동의를 요청할 경우 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조 (보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 “사업방법서”에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 사망보험금의 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 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 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 변경내용을 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.

[법정상속인]
피상속인의 사망으로 인하여 민법에서 정한 상속순위에 따라 상속을 받는 자를 말합니다.

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 계약 전 알릴 의무, 보험료 납

입의무 등 계약자의 책임을 연대(連帶)로 합니다.

[“계약자의 책임”의 예시]
‘보험금 지급사유의 발생통지’, ‘보험금의 청구’, ‘주소변경통지’, ‘제1회 보험료 및 회사의 보장개시’, ‘제2회 이후 보험료의 납입’ 등에 해당하는 조항

[연대]
두 사람 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 중 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 되는 것

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, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

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 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(계약해지 등의 원인이 되는

위반사실을 구체적으로 명시)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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

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

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 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.

제15조 (사기에 의한 계약)

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV)병의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립

되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 제 1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (보험계약의 성립)

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

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

[설명]

보험가입금액 제한

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법

일부보장 제외(부담보)

표준체보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외시키는 방법

보험금 삭감

표준체보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로

보험금을 감액하여 지급하는 방법

보험료 할증

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

※ 표준체란 신체적 또는 도덕적 위험 등 여러가지로 보아 뚜렷한 결점이 없어서 보험가입이 거절되거나 보험료의 할증 및 보험금의 감액 등이 없는 정해진 위험의 범위 내에 있는 피보험자를 말합니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 「평균공시이율+1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가

진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제27조("보험료의 납입연체로 해지된 계약"의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조 (청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

[전문금융소비자]
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

2. 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우
   다만, 통신판매계약 중 전화를 이용하여 체결하는 경우 청약한 날의 계약자 나이가 만65세 이상인 계약은 '청약을 한 날부터 45일을 초과하는 경우'로 적용합니다.

② 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

③ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 「보험계약대출이율」(이하 "보험계약대출이율"이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

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 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명[날인(도장을 찍음) 및 「전자서명법」 제2조(정의) 제2

호에 따른 전자서명을 포함합니다]을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제19조 (계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 “보험계약대출이율”을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호

에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의 2(타인의 생명보험)에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다) 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(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우.

   다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

   [심신상실자 및 심신박약자의 설명]

   심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 이 계약의 동일한 피보험자를 대상으로 계약일부터 3개월 이내에 일반심사 보험가입을 청약하고, 회사의 심사를 통해 일

반심사보험에 가입이 가능한 경우. 다만, 보험금이 이미 지급되거나 약관에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 경우에는 일반심사보험 가입가능여부를 심사하지 않습니다.

제20조 (계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

1. 보험료의 납입방법
2. 보험가입금액
3. 계약자
4. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 주장하기 위해서는 계약자는 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하여야 합니다.

[설명]
계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수

익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 계약자가 제3항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

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

제21조 (보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고, 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 청약서류 상 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 환급하여야 할 금액이 있을 때는 회사는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자는 이를 회사에 납입해야 합니다.

[보험나이 계산 예시]
생년월일 : 1988년 10월 2일, 계약일 : 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일
= 25년 6월 11일 = 26세

제22조 (계약의 소멸)

피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제5관 보험료의 납입

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.

[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 건강진단내용이 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 재해로보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고, 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 이 경우 회사는 초과 청약액에 대한 보험료를 돌려드립니다.

제24조 (제2회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일]
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25조 (보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제33조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며, 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 실행된 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제32조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

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

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

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

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료(특약보험료 포함, 이하 “연체보험료”라 합니다)를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)]
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않은 경우 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에 따른 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

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

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

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제32조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제27조 (“보험료의 납입연체로 해지된 계약”의 부활(효력회복))

① 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 「평균공시이율+1%」범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 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) 제2항에서 제4항 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다. 다만, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)할 때의 보험료를 의미합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

[부활(효력회복)]
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환

급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제28조 (“강제집행 등으로 해지된 계약”의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세체납처분절차에 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 명의 변경 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.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제29조 (“계약자의 임의해지” 및 “피보험자의 서면동의 철회권”)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수

있으며 이 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조의2 (위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 「 금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제38조(위법계약의 해지) 제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제6항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제30조 (중대사유로 인한 해지)

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

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

[설명]
입원을 보장하는 보험상품에 가입한 피보험자가 10일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 입원일수 10일을 기준으로 계산한 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제32조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험

금 지급사유를 고의로 발생시킨 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조 (회사의 파산선고와 해지)

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

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 계약은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 계약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 계약보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.

2. 「일반형 계약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 계약이 보험료 납입기간 중 계약이 해지되는 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 종료된

이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 계약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 계약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑥ 제29조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다. 또한, 특약이 부가된 경우 특약의 계약자적립액을 포함하여 계약자에게 반환하여 드립니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제33조 (보험계약대출)

① 계약자는 보험기간 중 이 계약의 해약환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액) 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다.

그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며, 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 회사는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제34조 (배당금의 지급)

이 계약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제35조 (분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라

회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제36조 (관할법원)

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

제37조 (소멸시효)

보험금청구권, 보험료 반환청구권 및 해약환급금 청구권은 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효]
제3조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 2022년 4월 1일에 발생하였음에도 2025년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못합니다.

제38조 (약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리

하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제39조 (설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 포함합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제40조 (회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는

보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[현저하게 공정을 잃은 합의]
사회통념상 일반 보통인이라면 결코(실수로도) 그 같은 일을 하지 않을 정도로 타당성을 잃은 것을 말합니다.
회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제41조 (개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제42조 (준거법)

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

제43조 (예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자 보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준: 보험가입금액)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
사망보험금 (제3조)	보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우	보험가입금액 (다만, 계약일로부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 사망하였을 경우 보험가입금액의 50%)

(주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 “장해분류표” 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제32조 제4항 관련)

<table>
<tr><th>구 분</th><th>기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="4">사망보험금
(제3조)</td><td>지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td>지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율 +
가산이율(4.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율 +
가산이율(6.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 91일이후 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율 +
가산이율(8.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">해약
환급금
(제32조
제1항 및
제2항)</td><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년
이내</td><td>평균공시이율
의
50%</td></tr>
<tr><td>1년
초과
기간</td><td>평균공시이율
의
40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의
기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 제37조(소멸시효)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 제8조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하

는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다

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

무배당 25대생활습관병수술특약
(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 25대생활습관병수술특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 25대생활습관병수술특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융

감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("25대생활습관병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "25대생활습관병"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "25대생활습관병 분류표"에서 정한 당뇨병, 고혈압, 담석증, 담낭담도질환, 급성췌장염, 췌장질환, 폐질환, 비감염성 장염 및 결장염, 충수염, 동맥경화증, 동맥·세동맥 및 모세혈관의 기타질환, 동맥색전증 및 혈전증, 중이 및 유돌의 질환, 호흡기관련질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 바이러스 간염, 간질환, 만성기관지염, 천식, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상선의 장애, 결핵, 폐렴, 신부전을 말합니다.

② "25대생활습관병"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 ("25대생활습관병수술"의 정의와 장소)

이 특약에서 "25대생활습관병수술"이라 함은 의사가 피보험자의 "25대생활습관병"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 (별표 5) "특정수술분류표"에서 정한 수술을 하는 것을 말합니다.

이 때 수술이란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액•조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)] 등은 수술에서 제외됩니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "25대생활습관병"으로 진단확정되고, "25대생활습관병"의 직접적인 치료를 목적으로 (별표 5) “특정수술분류표”에서 정한 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 25대생활습관병 수술비[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]를 지급합니다. 다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여

50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 "25대생활습관병"으로 진단확정되고, "25대생활습관병"의 직접적인 치료를 목적으로 (별표 5) “특정수술분류표”에서 정한 수술을 받았을 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유)에서 정하는 "25대생활습관병 수술비"의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 한 종류의 수술에 대해서만 수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

⑤ 제4항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

⑥ 반복수술(60일이내 2회이상의 수술 등)에 대한 지급기준 등(예: 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球)수술)에 대해서도 (별표 5) "특정수술분류표"에서 규정한 사항을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되

지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 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 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나

의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

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

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에

보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을

제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구

와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 제2항에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

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

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어

주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 '계약자가 선택한 보험기간' 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱

신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료

납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회

사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

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

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
25대 생활습관병 수술비 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 25대생활습관병으로 진단확정되고, 25대생활습관병의 직접적인 치료를 목적으로 (별표 5) "특정수술분류표"에서 정한 수술을 받았을 경우	수술 1회당 80만원 (다만, 최초계약의 계 약일부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 25대생활습관병 : 당뇨병, 고혈압, 담석증, 담낭담도질환, 급성췌장염, 췌장질환, 폐질환, 비감염성 장염 및 결장염, 충수염, 동맥경화증, 동맥·세동맥 및 모세혈관의 기타질환, 동맥색전증 및 혈전증, 중이 및 유돌의 질환, 호흡기 관련질환, 심장질환, 뇌혈관 질환, 바이러스 간염, 간질환, 만성기관지염, 천식, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상선의 장애, 결핵, 폐렴, 신부전
2. 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 한 종류의 수술에 대해서만 수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
4. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사

는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

5. 반복수술(60일이내 2회이상의 수술 등)에 대한 지급기준 등(예: 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球)수술)에 대해서도 (별표 5) "특정수술분류표"에서 규정한 사항을 적용합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 4)

25대생활습관병 분류표

① 약관에서 규정하는 '25대생활습관병'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병 및 재해를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 당뇨병	
1 형 당뇨병	E10
2 형 당뇨병	E11
영양실조-관련 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14
2. 고혈압	
본태성(원발성) 고혈압	I10
고혈압성 심장병	I11
고혈압성 신장병	I12
고혈압성 심장 및 신장병	I13
이차성 고혈압	I15
3. 담석증	
담석증	K80
4. 담낭담도질환	
담낭염	K81
담낭의 기타 질환	K82
담도의 기타 질환	K83

분류항목	분류코드
5. 급성췌장염	
급성췌장염	K85
6. 췌장질환	
췌장의 기타 질환	K86
7. 폐질환	
폐기종	J43
기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
기관지확장증	J47
폐 및 종격의 농양	J85
농흉	J86
달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
흉막판	J92
기흉	J93
기타 흉막의 병태	J94
8. 비감염성 장염 및 결장염	
크론병[국소성 장염]	K50
궤양성 대장염	K51
9. 충수염	
급성 충수염	K35
기타 충수염	K36
상세불명의 충수염	K37
충수의 기타 질환	K38
10. 동맥경화증	
죽상경화증	I70

분류항목	분류코드
11. 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 기타 질환	
기타 동맥류 및 박리	I72
기타 말초혈관질환	I73
동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
12. 동맥색전증 및 혈전증	
동맥색전증 및 혈전증	I74
13. 중이 및 유돌의 질환	
비화농성 중이염	H65
화농성 및 상세불명의 중이염	H66
중이의 진주종	H71
고막의 천공	H72
14. 호흡기관련질환	
급성 비인두염[감기]	J00
급성 부비동염	J01
급성 인두염	J02
급성 편도염	J03
급성 후두염 및 기관염	J04
급성 폐색성 후두염[크룹] 및 후두개염	J05
다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염	J06
15. 심장질환	
심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
류마티스무도병	I02
류마티스성 승모판질환	I05
류마티스성 대동맥판질환	I06

분류항목	분류코드
류마티스성 삼첨판질환	I07
다발판막질환	I08
기타 류마티스심장질환	I09
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
폐색전증	I26
기타 폐성 심장질환	I27
폐혈관의 기타 질환	I28
급성 심장막염	I30
심장막의 기타 질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
수막알균성 심장병	A39.5
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판장애	I36
폐동맥판장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
칸디다심내막염	B37.6
급성 심근염	I40

분류항목	분류코드
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
심장정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49
심부전	I50
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
대동맥동맥류 및 박리	I71
흉부 혈관의 손상	S25
심장의 손상	S26
심장의 양성 신생물	D15.1
16. 뇌혈관 질환	
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	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 뇌혈관질환	I67

분류항목	분류코드
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69
17. 바이러스 간염	
급성 A 형간염	B15
급성 B 형간염	B16
기타 급성 바이러스간염	B17
만성 바이러스간염	B18
상세불명의 바이러스간염	B19
18. 간질환	
알코올성 간질환	K70
독성간질환	K71
달리 분류되지 않은 간부전	K72
달리 분류되지 않은 만성 간염	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
기타 형태의 헤르페스바이러스감염	B00.8
아메바성 간농양	A06.4
19. 만성기관지염	
급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
상세불명의 만성 기관지염	J42

분류항목	분류코드
20. 천식	
천식	J45
천식지속상태	J46
21. 위궤양 및 십이지장궤양	
위궤양	K25
십이지장궤양	K26
상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
22. 갑상선의 장애	
선천성 요오드결핍증후군	E00
요오드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태	E01
무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
기타 갑상선기능저하증	E03
기타 비독성 고이터	E04
갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05
갑상선염	E06
갑상선의 기타 장애	E07
갑상선이상성 안구돌출	H06.2
23. 결핵	
세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15
세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
신경계통의 결핵	A17
기타 기관의 결핵	A18
좁쌀결핵	A19
결핵의 후유증	B90
결핵관절염	M01.1

분류항목	분류코드
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
24. 폐렴	
달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
폐렴연쇄알균에 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
폐포자충증	B48.5
25. 신부전	
급성 신부전	N17
만성 콩팥병	N18
상세불명의 신부전	N19

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가

진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

특정수술분류표

구분	수술 名
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우) 및 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함]
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 치과처치 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 제외함]
	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

구분	수술 名
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술 (再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]
	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 [개흉수술(開胸手術, 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 [개흉수술을 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 혈관 관혈수술
	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]

구분	수술 名
	26. 심장내(直視下心藏內) 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
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

구분	수술 名
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)"
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술
	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]
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 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(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(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 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)

구분	수술 名
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
	55. 질탈(膣脫)근본수술
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술
	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
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 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)

구분	수술 名
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)
	76. 안와내종양절제수술
	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 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함]
	83. 내이(內耳) 관혈수술
상기 이외의 수술 [검사, 처치,	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)

구분	수술 名
약물주입요법은 포함하지 않음]	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함) * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)
	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) 위의 1~87항의 수술중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적(經皮的,Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

[특정수술분류표 사용 지침]

1. "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 〈특정수술분류표〉에서 정한 행위 [기구를 사용하여 생체(生体)에 절단(切断), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴剤) 등의 조치 및 신경(神経) BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합

니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. 〈특정수술분류표〉 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

〈특정수술분류표〉에서의 선진의료적 첨단 수술은 위의 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) 〈특정수술분류표〉상의 수술이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 〈특정수술분류표〉상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 〈특정수술분류표〉 중 88 항을 우선 적용합니다.

5. 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 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 25대생활습관병 수술비(제5조) 및 계약자적립액 (제13조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

무배당 2대질환CT,심장초음파,뇌파,뇌척수액 검사특약(간편N/갱신형) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 2대질환CT,심장초음파,뇌파,뇌척수액 검사특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 2대질환CT,심장초음파,뇌파,뇌척수액검사특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니

다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("2대질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "2대질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “2대질환 분류표”에서 정한 뇌질환Ⅱ, 심장질환을 말합니다.

② “2대질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하, “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 ("급여 2대질환 CT, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액 검사"의 정의)

① 이 특약에서 "급여 2대질환 CT, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액 검사"라 함은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 5) "급여 2대질환 CT, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액 검사 분류표"에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

② 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

③ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “2대질환”의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 “급여 2대질환 CT, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액 검사”를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 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 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한

때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나

보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진료비세부산정내역서, 진단서(병명), 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시

한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약 으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우
   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙

전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 '계약자가 선택한 보험기간'으로 갱신합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 '계약자가 선택한 보험기간' 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을

계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균

공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있

으며, 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.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

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

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
2대질환 CT, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액 검사 지원보험금(급여) (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “2대질환”의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 “급여 2대질환 CT, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액 검사”를 받은 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	검사 1회당 5만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

(주)

1. 2대질환 : 뇌질환Ⅱ, 심장질환
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도와 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

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

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 4)

“2대질환” 분류표

① 약관에서 규정하는 "2대질환"은 제9차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병 및 재해를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
뇌질환 II	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	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
	타 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69
	두개내손상	S06
	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45
심장질환	심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스 열	I00
	심장 침범이 있는 류마티스 열	I01

류마티스무도병	I02
류마티스성 승모판질환	I05
류마티스성 대동맥판질환	I06
류마티스성 삼첨판질환	I07
다발판막질환	I08
기타 류마티스심장질환	I09
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
폐색전증	I26
기타 폐성 심장질환	I27
폐혈관의 기타 질환	I28
급성 심장막염	I30
심장막의 기타 질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
수막알균성 심장병	A39.5
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판장애	I36
폐동맥판장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39

칸디다심내막염	B37.6
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
심장정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49
심부전	I50
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
대동맥동맥류 및 박리	I71
흉부 혈관의 손상	S25
심장의 손상	S26
심장의 양성 신생물	D15.1

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

“급여 2대질환 CT, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액 검사” 분류표

① 약관에서 규정하는 “급여 2대질환 CT, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액 검사”는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2024-23호, 2024.3.1시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
뇌CT	일반전산화단층영상진단-두부-조영제를사용하지않는경우	HA451
	일반전산화단층영상진단-두부-조영제를사용하는경우	HA461
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-이중시기 또는 삼중시기	HA511
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-삼차원	HA521
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-CT 혈관조영	HA531
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-Cine CT	HA551
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-뇌조 CT	HA561
	일반전산화단층영상진단-두부-제한적 CT	HA441
	일반전산화단층영상진단-두부-중재적시술유도 제2회부터	HA851
뇌척수액검사	요추천자[뇌척수압측정포함]	C8000
뇌파검사	각성뇌파검사-18채널미만	F6141
	각성뇌파검사-18채널미만(이동뇌파를실시한경우)	F6142
	각성뇌파검사-18채널이상	FA141
	각성뇌파검사-18채널이상(이동뇌파를실시한경우)	FA142
	수면뇌파검사-18채널미만	F6145
	수면뇌파검사-18채널미만(각성뇌파검사와동시에실시한경우)	F6144

	수면뇌파검사-18채널이상	FA145
	수면뇌파검사-18채널이상(각성뇌파검사와동시에 실시한경우)	FA144
	특수뇌파검사-약물또는물리적유발뇌파검사-18채널미만	F6147
	특수뇌파검사-약물또는물리적유발뇌파검사-18채널이상	FA147
	특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사] -18채널 미만	F6148
	특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사] -18채널 이상	FA148
	특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사] -18채널 이상-나비뼈전극뇌파검사를 실시한 경우	F6140
	보행뇌파검사-4시간 이상~8시간 이하	F6143
	보행뇌파검사-8시간 초과	F6146
	지속적 뇌파 감시[1일당]	F6149
	지속적비디오뇌파검사[두개강외,1일당]-64채널미만	F6151
	지속적비디오뇌파검사[두개강외,1일당]-64채널이상	F6153
	지속적비디오뇌파검사[두개강내,1일당]-64채널미만	F6152
	지속적비디오뇌파검사[두개강내,1일당]-64채널이상	F6154
심장 CT	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-고해상력	HA424
	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-기타의경우	HA434
	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하는경우	HA464
	일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-이중시기 또는 삼중시기	HA514

	일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-삼차원	HA524
	일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-CT 혈관조영	HA534
	일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-Cine CT	HA554
	일반전산화단층영상진단-흉부-제한적 CT	HA444
	일반전산화단층영상진단-흉부-중재적시술유도 제2회부터	HA834
심장 초음파	심장-선천성 심질환 경흉부 심초음파	EB430
	심장-경흉부 심초음파-단순	EB431
	심장-경흉부 심초음파-일반	EB432
	심장-경흉부 심초음파-전문	EB433
	심장-부하 심초음파-약물부하	EB434
	심장-부하 심초음파-운동부하	EB435
	심장-태아정밀 심초음파	EB436
	심장-경식도 심초음파	EB611
	심장-선천성 심질환 경식도 심초음파	EB610
	심장-심장내 초음파	EB612

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 2대질환 CT, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액 검사지원보험금(급여) (제5조), 계약자적립액 (제13조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

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

무배당 2대질환혈관조영술검사특약
(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 2대질환혈관조영술검사특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 2대질환혈관조영술검사특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니

다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("2대질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "2대질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “2대질환 분류표”에서 정한 뇌질환Ⅱ, 심장질환을 말합니다.

② “2대질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하, “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 ("급여 2대질환 혈관조영술 검사"의 정의)

① 이 특약에서 "급여 2대질환 혈관조영술 검사"라 함은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 5) "급여 2대질환 혈관조영술 검사 분류표"에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

② 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니

다.

③ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “2대질환”의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 “급여 2대질환 혈관조영술촬영검사”를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유

가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 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 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기

준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

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

수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강

진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 또

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

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우
   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하

며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반

환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 '계약자가 선택한 보험기간'으로 갱신합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 '계약자가 선택한 보험기간' 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을

계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균

공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있

으며, 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.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

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

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
2대질환 혈관조영술 검사지원보험금 (급여) (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “2대질환”의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 “급여 2대질환 혈관조영술촬영 검사”를 받은 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	검사 1회당 10만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

(주)

1. 2대질환 : 뇌질환Ⅱ, 심장질환
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도와 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

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

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 4)

“2대질환” 분류표

① 약관에서 규정하는 "2대질환"은 분류되는 질병은 제 9차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병 및 재해를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
뇌질환 II	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	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
	타 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69
	두개내손상	S06
	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45
심장질환	심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스 열	I00
	심장 침범이 있는 류마티스 열	I01

류마티스무도병	I02
류마티스성 승모판질환	I05
류마티스성 대동맥판질환	I06
류마티스성 삼첨판질환	I07
다발판막질환	I08
기타 류마티스심장질환	I09
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
폐색전증	I26
기타 폐성 심장질환	I27
폐혈관의 기타 질환	I28
급성 심장막염	I30
심장막의 기타 질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
수막알균성 심장병	A39.5
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판장애	I36
폐동맥판장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39

칸디다심내막염	B37.6
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
심장정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49
심부전	I50
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
대동맥동맥류 및 박리	I71
흉부 혈관의 손상	S25
심장의 손상	S26
심장의 양성 신생물	D15.1

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

“급여 2대질환 혈관조영술 검사” 분류표

① 약관에서 규정하는 “급여 2대질환 혈관조영술 검사”는 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2024-23호, 2024.3.1시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
뇌혈관 조영술	두경부동맥조영-추골동맥	HA601
	두경부동맥조영-총경동맥	HA602
	두경부동맥조영-외경동맥	HA603
	두경부동맥조영-내경동맥	HA604
	두경부동맥조영-내경동맥폐색검사(조영술료	HA606
	두경부동맥조영-전뇌동맥	HA605
관상동맥 조영술	흉부동맥조영-우심방조영	HA610
	흉부동맥조영-우심실조영	HA611
	흉부동맥조영-좌심실조영	HA612
	흉부동맥조영-좌심방조영	HA613
	관상동맥조영	HA670
	이식된 관동맥우회로조영촬영[환자본래의 관상동맥조영촬영포함]	HA680

진료행위명칭		진료행위코드
	이식된 관동맥우회로조영촬영[환자본래의 관상동맥조영촬영포함]- 2 개혈관부터최대 3 개혈관	HA681
	이식된 관동맥우회로조영촬영[환자본래의 관상동맥조영촬영포함]과 동시촬영된좌심실조영촬영	HA682

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.
다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 2대질환혈관조영술검사지원보험금(급여) (제5조), 계약자적립액 (제13조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항)

<table>
<tr><th>기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 36대생활습관병수술특약
(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 36대생활습관병수술특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 36대생활습관병수술특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융

감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("36대생활습관병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "36대생활습관병"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "36대생활습관병 분류표"에서 정한 25대생활습관병(당뇨병, 고혈압, 담석증, 담낭담도질환, 급성췌장염, 췌장질환, 폐질환, 비감염성 장염 및 결장염, 충수염, 동맥경화증, 동맥·세동맥 및 모세혈관의 기타질환, 동맥색전증 및 혈전증, 중이 및 유돌의 질환, 호흡기관련질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 바이러스 간염, 간질환, 만성기관지염, 천식, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상선의 장애, 결핵, 폐렴, 신부전)과 남녀생활습관병(사타구니탈장, 특정부위의 탈장, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 요로결석증, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의 장애, 비뇨생식계통의 기타 장애, 유방의 양성종양, 남녀생식계통 관련 질환(남성/여성))을 말합니다.

② "36대생활습관병"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 ("36대생활습관병수술"의 정의와 장소)

이 특약에서 "36대생활습관병수술"이라 함은 의사가 피보험자의 "36대생활습관병"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 (별표 5) "특정수술분류표"에서 정한 수술을 하는 것을 말합니다.

이 때 수술이란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액•조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)] 등은 수술에서 제외됩니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "36대생활습관병"으로 진단확정되고, "36대생활습관병"의 직접적인 치료를 목적으로 (별표 5) "특정수술분류표"에서 정한 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 36대생활습관병 수술비[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]를 지급합니다. (최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여

50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유)에서 정하는 "36대생활습관병 수술비"의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 한 종류의 수술에 대해서만 수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

④ 제3항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

⑤ 반복수술(60일이내 2회이상의 수술 등)에 대한 지급기준 등(예: 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球)수술)에 대해서도 (별표 5) "특정수술분류표"에서 규정한 사항을 적용합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 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 결정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

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

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에

보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을

제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 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 또는 전자문서 등으로 알려 드

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 제2항에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

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

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립

니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일

이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약

의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해

약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지

할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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
36대생활습관병 수술비 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 36대생활습관병으로 진단확정되고, 36대생활습관병의 직접적인 치료를 목적으로 (별표 5) "특정수술분류표"에서 정한 수술을 받았을 경우	수술 1회당 20만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 36대생활습관병 :

   [25대생활습관병]

   당뇨병, 고혈압, 담석증, 담낭담도질환, 급성췌장염, 췌장질환, 폐질환, 비감염성 장염 및 결장염, 충수염, 동맥경화증, 동맥·세동맥 및 모세혈관의 기타 질환, 동맥색전증 및 혈전증, 중이 및 유돌의 질환, 호흡기관련질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 바이러스 간염, 간질환, 만성기관지염, 천식, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상선의 장애, 결핵, 폐렴, 신부전

   [남녀생활습관병]

   사타구니탈장, 특정부위의 탈장, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 요로결석증, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의 장애, 비뇨생식계통의 기타 장애, 유방의 양성종양, 남녀생식계통 관련 질환(남성/여성)

2. 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 한 종류의 수술에 대해서만 수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니

다.

4. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
5. 반복수술(60일이내 2회이상의 수술 등)에 대한 지급기준 등(예: 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球)수술)에 대해서도 (별표 5) "특정수술분류표"에서 규정한 사항을 적용합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 4)

36대생활습관병 분류표

① 약관에서 규정하는 “36대생활습관병”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병 및 재해을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
25 대생활습관병	
1. 당뇨병	
1 형 당뇨병	E10
2 형 당뇨병	E11
영양실조-관련 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14
2. 고혈압	
본태성(원발성) 고혈압	I10
고혈압성 심장병	I11
고혈압성 신장병	I12
고혈압성 심장 및 신장병	I13
이차성 고혈압	I15
3. 담석증	
담석증	K80
4. 담낭담도질환	
담낭염	K81
담낭의 기타 질환	K82
담도의 기타 질환	K83

5. 급성췌장염	
급성췌장염	K85
6. 췌장질환	
췌장의 기타 질환	K86
7. 폐질환	
폐기종	J43
기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
기관지확장증	J47
폐 및 종격의 농양	J85
농흉	J86
달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
흉막판	J92
기흉	J93
기타 흉막의 병태	J94
8. 비감염성 장염 및 결장염	
크론병[국소성 장염]	K50
궤양성 대장염	K51
9. 충수염	
급성 충수염	K35
기타 충수염	K36
상세불명의 충수염	K37
충수의 기타 질환	K38
10. 동맥경화증	
죽상경화증	I70
11. 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 기타 질환	

기타 동맥류 및 박리	I72
기타 말초혈관질환	I73
동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
12. 동맥색전증 및 혈전증	
동맥색전증 및 혈전증	I74
13. 중이 및 유돌의 질환	
비화농성 중이염	H65
화농성 및 상세불명의 중이염	H66
중이의 진주종	H71
고막의 천공	H72
14. 호흡기관련질환	
급성 비인두염[감기]	J00
급성 부비동염	J01
급성 인두염	J02
급성 편도염	J03
급성 후두염 및 기관염	J04
급성 폐색성 후두염[크룹] 및 후두개염	J05
다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염	J06
15. 심장질환	
심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
류마티스무도병	I02
류마티스성 승모판질환	I05
류마티스성 대동맥판질환	I06
류마티스성 삼첨판질환	I07
다발판막질환	I08

기타 류마티스심장질환	I09
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
폐색전증	I26
기타 폐성 심장질환	I27
폐혈관의 기타 질환	I28
급성 심장막염	I30
심장막의 기타 질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
수막알균성 심장병	A39.5
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판장애	I36
폐동맥판장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
칸디다심내막염	B37.6
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43

방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
심장정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49
심부전	I50
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
대동맥동맥류 및 박리	I71
흉부 혈관의 손상	S25
심장의 손상	S26
심장의 양성 신생물	D15.1
16. 뇌혈관 질환	
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	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 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69
17. 바이러스 간염	
급성 A 형간염	B15

급성 B 형간염	B16
기타 급성 바이러스간염	B17
만성 바이러스간염	B18
상세불명의 바이러스간염	B19
18. 간질환	
알코올성 간질환	K70
독성간질환	K71
달리 분류되지 않은 간부전	K72
달리 분류되지 않은 만성 간염	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
기타 형태의 헤르페스바이러스감염	B00.8
아메바성 간농양	A06.4
19. 만성기관지염	
급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
상세불명의 만성 기관지염	J42
20. 천식	
천식	J45
천식지속상태	J46
21. 위궤양 및 십이지장궤양	
위궤양	K25

십이지장궤양	K26
상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
22. 갑상선의 장애	
선천성 요오드결핍증후군	E00
요오드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태	E01
무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
기타 갑상선기능저하증	E03
기타 비독성 고이터	E04
갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05
갑상선염	E06
갑상선의 기타 장애	E07
갑상선이상성 안구돌출	H06.2
23. 결핵	
세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15
세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
신경계통의 결핵	A17
기타 기관의 결핵	A18
좁쌀결핵	A19
결핵의 후유증	B90
결핵관절염	M01.1
척추의 결핵	M49.0
뼈의 결핵	M90.0
결핵성 방광염	N33.0
자궁경부의 결핵감염	N74.0
여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
결핵성 복막염	K67.3

장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
24. 폐렴	
달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
폐렴연쇄알균에 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
폐포자충증	B48.5
25. 신부전	
급성 신부전	N17
만성 콩팥병	N18
상세불명의 신부전	N19
남녀생활습관병	
26. 사타구니탈장	
사타구니탈장	K40
27. 특정부위의탈장	
대퇴탈장	K41
배꼽탈장	K42
복벽탈장	K43
횡격막탈장	K44

기타 복부탈장	K45
상세불명의 복부탈장	K46
28. 사구체질환	
급성 신염증후군	N00
급속 진행성 신염증후군	N01
재발성 및 지속성 혈뇨	N02
만성 신염증후군	N03
신증후군	N04
상세불명의 신염증후군	N05
명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
달리 분류된 질환에서의 사구체 장애	N08
29. 신세뇨관-간질질환	
급성 세뇨관-간질신장염	N10
만성 세뇨관-간질신장염	N11
급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
폐색성 및 역류성 요로병증	N13
약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
기타 신세뇨관-간질질환	N15
달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N16
30. 요로결석증	
신장 및 요관의 결석	N20
하부요로의 결석	N21
달리 분류된 질환에서의 요로의 결석	N22
상세불명의 신장 급통증	N23
31. 신장 및 요관의 기타 장애	

	신세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장위축	N26
	원인불명의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
32. 비뇨계통의 기타 질환		
	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33 (N33.0 제외)
33. 유방의 장애		
	양성 유방형성이상	N60
	유방의 염증성 장애	N61
	유방의 비대	N62
	유방의 상세불명의 덩이	N63
	유방의 기타장애	N64
34. 비뇨생식계통의 기타 장애		
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장해	N99
35. 유방의 양성종양		
	유방의 양성 신생물	D24
36. 남녀생식계통 관련 질환		
남성	**남성 생식기관의 질환**	
	전립선증식증	N40
	전립선의 염증성 질환	N41
	전립선의 기타 장애	N42

	음낭수종 및 정액류	N43
	고환의 염전	N44
	고환염 및 부고환염	N45
	달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애	N49
	남성생식기관의 기타 장애	N50
	달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애	N51
	기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증	A59.08
	볼거리고환염	B26.0
여성	**여성 골반내 기관의 염증성 질환**	
	난관염 및 난소염	N70
	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
	자궁경부의 염증성 질환	N72
	기타 여성골반염증질환	N73
	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애	N74 (N74.0, N74.1 제외)
	바르톨린선의 질환	N75
	질 및 외음부의 기타 염증	N76
	달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
	여성생식관의 비염증성 장애	
	자궁내막증	N80
	여성생식기탈출	N81
	여성생식관을 침범한 누공	N82
	난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애	N83
	여성생식기관의 용종	N84

자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
자궁경부의 미란 및 외반	N86
자궁경부의 이형성	N87
자궁경부의 기타 비염증성 장애	N88
질의 기타 비염증성 장애	N89
외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
무월경, 소량 및 희발 월경	N91
과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
폐경 및 기타 폐경전후 장애	N95
여성생식기의 양성종양	
자궁의 평활근종	D25
자궁의 기타 양성 신생물	D26
난소의 양성 신생물	D27
기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
여성생식기의 경계성종양	
여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 남녀생식계통 관련 질환 중 '남성 생식기관의 질환'은 남성에 한하며, '여성 골반내 기관의 염증성 질환', '여성생식관의 비염증성 장애', '여성생식기의 양성종양 및 여성생식기의 경계성종양'은 여성에 한합니다.

② 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 다시

판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

특정수술분류표

구분	수술 名
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우) 및 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함]
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 치과처치 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 제외함]
	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

구분	수술 名
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술 (再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]
	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 [개흉수술(開胸手術, 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 [개흉수술을 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 혈관 관혈수술
	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]

구분	수술 名
	26. 심장내(直視下心藏內) 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
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

구분	수술 名
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)"
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술
	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]
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 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(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(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 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)

구분	수술 名
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
	55. 질탈(膣脫)근본수술
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술
	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
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 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)

구분	수술 名
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)
	76. 안와내종양절제수술
	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 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함]
	83. 내이(內耳) 관혈수술
상기 이외의 수술 [검사, 처치,	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)

구분	수술 名
약물주입요법은 포함하지 않음]	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함) * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)
	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) 위의 1~87항의 수술중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적(經皮的,Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

[특정수술분류표 사용 지침]

1. "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 〈특정수술분류표〉에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生体)에 절단(切断), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴剤) 등의 조치 및 신경(神経) BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. 〈특정수술분류표〉 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

〈특정수술분류표〉에서의 선진의료적 첨단 수술은 위의 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) 〈특정수술분류표〉상의 수술이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 〈특정수술분류표〉상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 〈특정수술분류표〉 중 88항을 우선 적용합니다.

5. 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 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 36대생활습관병 수술비 (제5조) 및 계약자적립액 (제13조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의

사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당

36대생활습관병입원특약H(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 **무배당 36대생활습관병입원특약H(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 36대생활습관병입원특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후에 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("36대생활습관병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "36대생활습관병"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "36대생활습관병 분류표"에서 정한 25대생활습관병(당뇨병, 고혈압, 담석증, 담낭담도질환, 급성췌장염, 췌장질환, 폐질환, 비감염성 장염 및 결장염, 충수염, 동맥경화증, 동맥·세동맥 및 모세혈관의 기타질환, 동맥색전증 및 혈전증, 중이 및 유돌의 질환, 호흡기관련질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 바이러스 간염, 간질환, 만성기관지염, 천식, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상선의 장애, 결핵, 폐렴, 신부전)과 남녀생활습관병(사타구니탈장, 특정부위의 탈장, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 요로결석증, 신장 및 요관의 기타 장

애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의 장애, 비뇨생식계통의 기타 장애, 유방의 양성종양, 남녀생식계통 관련 질환(남성/여성))을 말합니다.

② "36대생활습관병"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)(이하 "의사"라 합니다)에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 ("25대생활습관병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "25대생활습관병"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) "25대생활습관병 분류표"에서 정한 당뇨병, 고혈압, 담석증, 담낭담도질환, 급성췌장염, 췌장질환, 폐질환, 비감염성 장염 및 결장염, 충수염, 동맥경화증, 동맥·세동맥 및 모세혈관의 기타질환, 동맥색전증 및 혈전증, 중이 및 유돌의 질환, 호흡기관련질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 바이러스 간염, 간질환, 만성기관지염, 천식, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상선의 장애, 결핵, 폐렴, 신부전을 말합니다.

② "25대생활습관병"의 진단 확정은 병원의 의사에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제5조 ("입원"의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

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

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "36대생활습관병"으로 진단확정되고, "36대생활습관병"의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우(1회 입원당 120일 한도)
   : 36대생활습관병 입원비 지급
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "25대생활습관병"으로 진단확정되고, "25대생활습관병"의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우(1회 입원당 120일 한도)
   : 25대생활습관병 입원비 지급

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

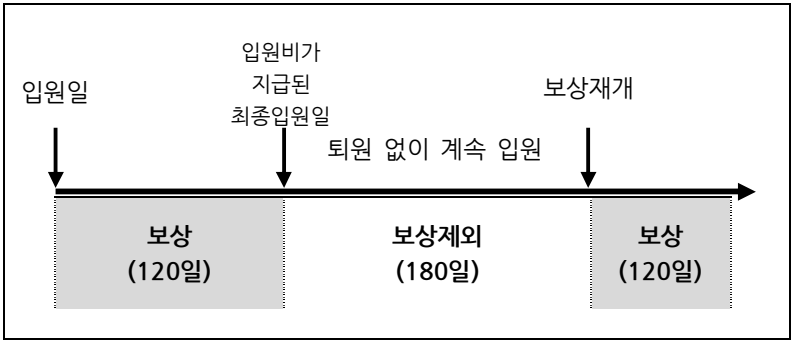
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제5조("입원"의 정의와 장소)에서 정한 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "36대생활습관병" 또는 "25대생활습관병"의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

③ 제6조(보험금의 지급사유)에서 정하는 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

④ 제6조(보험금의 지급사유)의 "36대생활습관병 입원비" 및 "25대생활습관병 입원비"는 피보험자가 동일한 질병으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아서 각 입원일수를 더하여 제3항의 규정을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 "36대생활습관병" 또는 "25대생활습관병"에 의한 입원이라도 "36대생활습관병 입원비" 및 "25대생활습관병 입원비"가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여 제3항의 규정에 따라 계속 "36대생활습관병 입원비" 및 "25대생활습관병 입원비"를 지급합니다.

⑦ 제2항, 제5항 및 제6항의 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따

르지 않은 때에는 회사는 "36대생활습관병 입원비" 및 "25대생활습관병 입원비"의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ "25대생활습관병 입원비" 지급사유가 발생할 경우 "36대생활습관병 입원비"도 동시에 지급됩니다. 다만, 1회 입원당 한도는 급부별 적용됩니다.

⑩ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 제1항의 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 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급

률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑱ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑲ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑳ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나

보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

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

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 입·퇴원확인서, 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보

된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

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

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력

을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약 의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

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

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

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

> **[계약자적립액]**
> 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 정합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(이하 "보장개시일"이라 합니다)과 동일합니다.

④ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 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 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험

료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를

포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에

따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 특약이 해지되는 경우 해약환급금은 없습니다. 또한, 보험료 납입이 종료된 이후 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규

정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
36대 생활습관병 입원비 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 36대생활습관병으로 진단확정되고, 36대생활습관병의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)	1일 이상 입원일수 1일당 1만원
25대 생활습관병 입원비 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 25대생활습관병으로 진단확정되고, 25대생활습관병의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)	1일 이상 입원일수 1일당 1만원

(주)

1. 36대생활습관병 :

[25대생활습관병]

당뇨병, 고혈압, 담석증, 담낭담도질환, 급성췌장염, 췌장질환, 폐질환, 비감염성 장염 및 결장염, 충수염, 동맥경화증, 동맥·세동맥 및 모세혈관의 기타질환, 동맥색전증 및 혈전증, 중이 및 유돌의 질환, 호흡기관련질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 바이러스 간염, 간질환, 만성기관지염, 천식, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상선의 장애, 결핵, 폐렴, 신부전

[남녀생활습관병]

사타구니탈장, 특정부위의 탈장, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 요로결석증, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의 장애, 비뇨생식계통의 기타 장애, 유방의 양성종양, 남녀생식계통 관련 질환(남성/여성)

2. 25대생활습관병 : 당뇨병, 고혈압, 담석증, 담낭담도질환, 급성췌장염, 췌장질환, 폐질환, 비감염성 장염 및 결장염, 충수염, 동맥경화증, 동맥·세동맥 및 모세혈관의 기타질환, 동맥색전증 및 혈전증, 중이 및 유돌의 질환, 호흡기관련질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 바이러스 간염, 간질환, 만성기관지염, 천식, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상선의 장애, 결핵, 폐렴, 신부전
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
5. "25대생활습관병 입원비" 지급사유가 발생할 경우 "36대생활습관병 입원비"도 동시에 지급됩니다. 다만, 1회 입원당 한도는 급부별 적용됩니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 4)

36대생활습관병 분류표

① 약관에서 규정하는 “36대생활습관병”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병 및 재해를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
25 대생활습관병	
1. 당뇨병	
1 형 당뇨병	E10
2 형 당뇨병	E11
영양실조-관련 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14
2. 고혈압	
본태성(원발성) 고혈압	I10
고혈압성 심장병	I11
고혈압성 신장병	I12
고혈압성 심장 및 신장병	I13
이차성 고혈압	I15
3. 담석증	
담석증	K80
4. 담낭담도질환	
담낭염	K81
담낭의 기타 질환	K82
담도의 기타 질환	K83

5. 급성췌장염	
급성췌장염	K85
6. 췌장질환	
췌장의 기타 질환	K86
7. 폐질환	
폐기종	J43
기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
기관지확장증	J47
폐 및 종격의 농양	J85
농흉	J86
달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
흉막판	J92
기흉	J93
기타 흉막의 병태	J94
8. 비감염성 장염 및 결장염	
크론병[국소성 장염]	K50
궤양성 대장염	K51
9. 충수염	
급성 충수염	K35
기타 충수염	K36
상세불명의 충수염	K37
충수의 기타 질환	K38
10. 동맥경화증	
죽상경화증	I70
11. 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 기타 질환	

기타 동맥류 및 박리	I72
기타 말초혈관질환	I73
동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
12. 동맥색전증 및 혈전증	
동맥색전증 및 혈전증	I74
13. 중이 및 유돌의 질환	
비화농성 중이염	H65
화농성 및 상세불명의 중이염	H66
중이의 진주종	H71
고막의 천공	H72
14. 호흡기관련질환	
급성 비인두염[감기]	J00
급성 부비동염	J01
급성 인두염	J02
급성 편도염	J03
급성 후두염 및 기관염	J04
급성 폐색성 후두염[크룹] 및 후두개염	J05
다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염	J06
15. 심장질환	
심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
류마티스무도병	I02
류마티스성 승모판질환	I05
류마티스성 대동맥판질환	I06
류마티스성 삼첨판질환	I07
다발판막질환	I08

기타 류마티스심장질환	I09
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
폐색전증	I26
기타 폐성 심장질환	I27
폐혈관의 기타 질환	I28
급성 심장막염	I30
심장막의 기타 질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
수막알균성 심장병	A39.5
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판장애	I36
폐동맥판장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
칸디다심내막염	B37.6
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43

방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
심장정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49
심부전	I50
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
대동맥동맥류 및 박리	I71
흉부 혈관의 손상	S25
심장의 손상	S26
심장의 양성 신생물	D15.1
16. 뇌혈관 질환	
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	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 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69
17. 바이러스 간염	
급성 A 형간염	B15

급성 B 형간염	B16
기타 급성 바이러스간염	B17
만성 바이러스간염	B18
상세불명의 바이러스간염	B19
18. 간질환	
알코올성 간질환	K70
독성간질환	K71
달리 분류되지 않은 간부전	K72
달리 분류되지 않은 만성 간염	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
기타 형태의 헤르페스바이러스감염	B00.8
아메바성 간농양	A06.4
19. 만성기관지염	
급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
상세불명의 만성 기관지염	J42
20. 천식	
천식	J45
천식지속상태	J46
21. 위궤양 및 십이지장궤양	
위궤양	K25

십이지장궤양	K26
상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
22. 갑상선의 장애	
선천성 요오드결핍증후군	E00
요오드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태	E01
무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
기타 갑상선기능저하증	E03
기타 비독성 고이터	E04
갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05
갑상선염	E06
갑상선의 기타 장애	E07
갑상선이상성 안구돌출	H06.2
23. 결핵	
세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15
세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
신경계통의 결핵	A17
기타 기관의 결핵	A18
좁쌀결핵	A19
결핵의 후유증	B90
결핵관절염	M01.1
척추의 결핵	M49.0
뼈의 결핵	M90.0
결핵성 방광염	N33.0
자궁경부의 결핵감염	N74.0
여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
결핵성 복막염	K67.3

장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
24. 폐렴	
달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
폐렴연쇄알균에 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
폐포자충증	B48.5
25. 신부전	
급성 신부전	N17
만성 콩팥병	N18
상세불명의 신부전	N19
남녀생활습관병	
26. 사타구니탈장	
사타구니탈장	K40
27. 특정부위의탈장	
대퇴탈장	K41
배꼽탈장	K42
복벽탈장	K43
횡격막탈장	K44

기타 복부탈장	K45
상세불명의 복부탈장	K46
28. 사구체질환	
급성 신염증후군	N00
급속 진행성 신염증후군	N01
재발성 및 지속성 혈뇨	N02
만성 신염증후군	N03
신증후군	N04
상세불명의 신염증후군	N05
명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
달리 분류된 질환에서의 사구체 장애	N08
29. 신세뇨관-간질질환	
급성 세뇨관-간질신장염	N10
만성 세뇨관-간질신장염	N11
급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
폐색성 및 역류성 요로병증	N13
약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
기타 신세뇨관-간질질환	N15
달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N16
30. 요로결석증	
신장 및 요관의 결석	N20
하부요로의 결석	N21
달리 분류된 질환에서의 요로의 결석	N22
상세불명의 신장 급통증	N23
31. 신장 및 요관의 기타 장애	

	신세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장위축	N26
	원인불명의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
32. 비뇨계통의 기타 질환		
	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33 (N33.0 제외)
33. 유방의 장애		
	양성 유방형성이상	N60
	유방의 염증성 장애	N61
	유방의 비대	N62
	유방의 상세불명의 덩이	N63
	유방의 기타장애	N64
34. 비뇨생식계통의 기타 장애		
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장해	N99
35. 유방의 양성종양		
	유방의 양성 신생물	D24
36. 남녀생식계통 관련 질환		
남성	**남성 생식기관의 질환**	
	전립선증식증	N40
	전립선의 염증성 질환	N41
	전립선의 기타 장애	N42

	음낭수종 및 정액류	N43
	고환의 염전	N44
	고환염 및 부고환염	N45
	달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애	N49
	남성생식기관의 기타 장애	N50
	달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애	N51
	기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증	A59.08
	볼거리고환염	B26.0
여성	**여성 골반내 기관의 염증성 질환**	
	난관염 및 난소염	N70
	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
	자궁경부의 염증성 질환	N72
	기타 여성골반염증질환	N73
	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애	N74 (N74.0, N74.1 제외)
	바르톨린선의 질환	N75
	질 및 외음부의 기타 염증	N76
	달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
	여성생식관의 비염증성 장애	
	자궁내막증	N80
	여성생식기탈출	N81
	여성생식관을 침범한 누공	N82
	난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애	N83
	여성생식관의 용종	N84

자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
자궁경부의 미란 및 외반	N86
자궁경부의 이형성	N87
자궁경부의 기타 비염증성 장애	N88
질의 기타 비염증성 장애	N89
외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
무월경, 소량 및 희발 월경	N91
과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
폐경 및 기타 폐경전후 장애	N95
여성생식기의 양성종양	
자궁의 평활근종	D25
자궁의 기타 양성 신생물	D26
난소의 양성 신생물	D27
기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
여성생식기의 경계성종양	
여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 남녀생식계통 관련 질환 중 '남성 생식기관의 질환'은 남성에 한하며, '여성 골반내 기관의 염증성 질환', '여성생식관의 비염증성 장애', '여성생식기의 양성종양 및 여성생식기의 경계성종양'은 여성에 한합니다.

② 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 다시

판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

25대생활습관병 분류표

① 약관에서 규정하는 '25대생활습관병'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병 및 재해를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 당뇨병	
1 형 당뇨병	E10
2 형 당뇨병	E11
영양실조-관련 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14
2. 고혈압	
본태성(원발성) 고혈압	I10
고혈압성 심장병	I11
고혈압성 신장병	I12
고혈압성 심장 및 신장병	I13
이차성 고혈압	I15
3. 담석증	
담석증	K80
4. 담낭담도질환	
담낭염	K81
담낭의 기타 질환	K82
담도의 기타 질환	K83
5. 급성췌장염	

분류항목	분류코드
급성췌장염	K85
6. 췌장질환	
췌장의 기타 질환	K86
7. 폐질환	
폐기종	J43
기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
기관지확장증	J47
폐 및 종격의 농양	J85
농흉	J86
달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
흉막판	J92
기흉	J93
기타 흉막의 병태	J94
8. 비감염성 장염 및 결장염	
크론병[국소성 장염]	K50
궤양성 대장염	K51
9. 충수염	
급성 충수염	K35
기타 충수염	K36
상세불명의 충수염	K37
충수의 기타 질환	K38
10. 동맥경화증	
죽상경화증	I70
11. 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 기타 질환	

분류항목	분류코드
기타 동맥류 및 박리	I72
기타 말초혈관질환	I73
동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
12. 동맥색전증 및 혈전증	
동맥색전증 및 혈전증	I74
13. 중이 및 유돌의 질환	
비화농성 중이염	H65
화농성 및 상세불명의 중이염	H66
중이의 진주종	H71
고막의 천공	H72
14. 호흡기관련질환	
급성 비인두염[감기]	J00
급성 부비동염	J01
급성 인두염	J02
급성 편도염	J03
급성 후두염 및 기관염	J04
급성 폐색성 후두염[크룹] 및 후두개염	J05
다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염	J06
15. 심장질환	
심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
류마티스무도병	I02
류마티스성 승모판질환	I05
류마티스성 대동맥판질환	I06
류마티스성 삼첨판질환	I07

분류항목	분류코드
다발판막질환	I08
기타 류마티스심장질환	I09
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
폐색전증	I26
기타 폐성 심장질환	I27
폐혈관의 기타 질환	I28
급성 심장막염	I30
심장막의 기타 질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
수막알균성 심장병	A39.5
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판장애	I36
폐동맥판장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
칸디다심내막염	B37.6
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41

분류항목	분류코드
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
심장정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49
심부전	I50
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
대동맥동맥류 및 박리	I71
흉부 혈관의 손상	S25
심장의 손상	S26
심장의 양성 신생물	D15.1
16. 뇌혈관 질환	
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	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 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68

분류항목	분류코드
뇌혈관질환의 후유증	I69
17. 바이러스 간염	
급성 A 형간염	B15
급성 B 형간염	B16
기타 급성 바이러스간염	B17
만성 바이러스간염	B18
상세불명의 바이러스간염	B19
18. 간질환	
알코올성 간질환	K70
독성간질환	K71
달리 분류되지 않은 간부전	K72
달리 분류되지 않은 만성 간염	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
기타 형태의 헤르페스바이러스감염	B00.8
아메바성 간농양	A06.4
19. 만성기관지염	
급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
상세불명의 만성 기관지염	J42
20. 천식	

분류항목	분류코드
천식	J45
천식지속상태	J46
21. 위궤양 및 십이지장궤양	
위궤양	K25
십이지장궤양	K26
상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
22. 갑상선의 장애	
선천성 요오드결핍증후군	E00
요오드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태	E01
무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
기타 갑상선기능저하증	E03
기타 비독성 고이터	E04
갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05
갑상선염	E06
갑상선의 기타 장애	E07
갑상선이상성 안구돌출	H06.2
23. 결핵	
세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15
세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
신경계통의 결핵	A17
기타 기관의 결핵	A18
좁쌀결핵	A19
결핵의 후유증	B90
결핵관절염	M01.1
척추의 결핵	M49.0

분류항목	분류코드
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
24. 폐렴	
달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
폐렴연쇄알균에 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
폐포자충증	B48.5
25. 신부전	
급성 신부전	N17
만성 콩팥병	N18
상세불명의 신부전	N19

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시 1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다. 2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제4항 관련)

1. 36대생활습관병 입원비(제6조 제1호), 25대생활습관병 입원비(제6조 제2호) 및 계약자적립액(제12조 제5항)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년 이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년 초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정하는 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 36대생활습관병입원특약L(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 **무배당 36대생활습관병입원특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 36대생활습관병입원특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후에 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("36대생활습관병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "36대생활습관병"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "36대생활습관병 분류표"에서 정한 25대생활습관병(당뇨병, 고혈압, 담석증, 담낭담도질환, 급성췌장염, 췌장질환, 폐질환, 비감염성 장염 및 결장염, 충수염, 동맥경화증, 동맥·세동맥 및 모세혈관의 기타질환, 동맥색전증 및 혈전증, 중이 및 유돌의 질환, 호흡기관련질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 바이러스 간염, 간질환, 만성기관지염, 천식, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상선의 장애, 결핵, 폐렴, 신부전)과 남녀생활습관병(사타구니탈장, 특정부위의 탈장, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 요로결석증, 신장 및 요관의 기타 장

애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의 장애, 비뇨생식계통의 기타 장애, 유방의 양성종양, 남녀생식계통 관련 질환(남성/여성))을 말합니다.

② "36대생활습관병"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)(이하 "의사"라 합니다)에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 ("25대생활습관병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "25대생활습관병"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) "25대생활습관병 분류표"에서 정한 당뇨병, 고혈압, 담석증, 담낭담도질환, 급성췌장염, 췌장질환, 폐질환, 비감염성 장염 및 결장염, 충수염, 동맥경화증, 동맥·세동맥 및 모세혈관의 기타질환, 동맥색전증 및 혈전증, 중이 및 유돌의 질환, 호흡기관련질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 바이러스 간염, 간질환, 만성기관지염, 천식, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상선의 장애, 결핵, 폐렴, 신부전을 말합니다.

② "25대생활습관병"의 진단 확정은 병원의 의사에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제5조 ("입원"의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

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

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "36대생활습관병"으로 진단확정되고, "36대생활습관병"의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우(1회 입원당 120일 한도)
   : 36대생활습관병 입원비 지급
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "25대생활습관병"으로 진단확정되고, "25대생활습관병"의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우(1회 입원당 120일 한도)
   : 25대생활습관병 입원비 지급

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

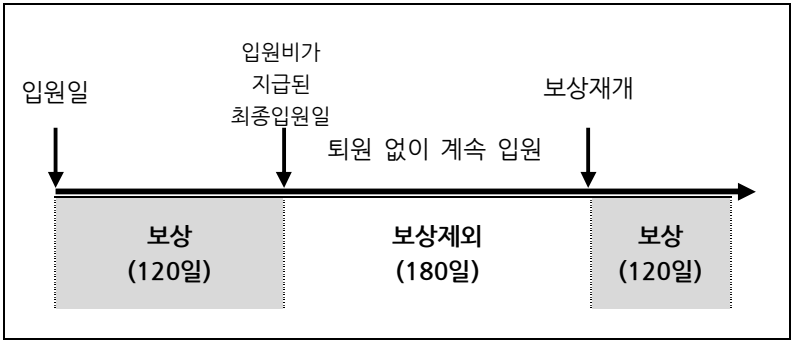
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제5조("입원"의 정의와 장소)에서 정한 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "36대생활습관병" 또는 "25대생활습관병"의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

③ 제6조(보험금의 지급사유)에서 정하는 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

④ 제6조(보험금의 지급사유)의 "36대생활습관병 입원비" 및 "25대생활습관병 입원비"는 피보험자가 동일한 질병으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아서 각 입원일수를 더하여 제3항의 규정을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 "36대생활습관병" 또는 "25대생활습관병"에 의한 입원이라도 "36대생활습관병 입원비" 및 "25대생활습관병 입원비"가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여 제3항의 규정에 따라 계속 "36대생활습관병 입원비" 및 "25대생활습관병 입원비"를 지급합니다.

⑦ 제2항, 제5항 및 제6항의 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따

르지 않은 때에는 회사는 "36대생활습관병 입원비" 및 "25대생활습관병 입원비"의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ "25대생활습관병 입원비" 지급사유가 발생할 경우 "36대생활습관병 입원비"도 동시에 지급됩니다. 다만, 1회 입원당 한도는 급부별 적용됩니다.

⑩ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 제1항의 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 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급

률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑱ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑲ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑳ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

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

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 입·퇴원확인서, 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부

기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

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

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약 의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

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

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

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 정합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(이하 "보장개시일"이라 합니다)과 동일합니다.

④ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 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 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서

정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제17조(보

험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 특약이 해지되는 경우 해약환급금은 없습니다. 또한, 보험료 납입이 종료된 이후 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간

이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
36대 생활습관병 입원비 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 36대생활습관병으로 진단확정되고, 36대생활습관병의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)	1일 이상 입원일수 1일당 1만원
25대 생활습관병 입원비 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 25대생활습관병으로 진단확정되고, 25대생활습관병의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)	1일 이상 입원일수 1일당 1만원

(주)

1. 36대생활습관병 :

[25대생활습관병]

당뇨병, 고혈압, 담석증, 담낭담도질환, 급성췌장염, 췌장질환, 폐질환, 비감염성 장염 및 결장염, 충수염, 동맥경화증, 동맥·세동맥 및 모세혈관의 기타질환, 동맥색전증 및 혈전증, 중이 및 유돌의 질환, 호흡기관련질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 바이러스 간염, 간질환, 만성기관지염, 천식, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상선의 장애, 결핵, 폐렴, 신부전

[남녀생활습관병]

사타구니탈장, 특정부위의 탈장, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 요로결석증, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의 장애, 비뇨생식계통의 기타 장애, 유방의 양성종양, 남녀생식계통 관련 질환(남성/여성)

2. 25대생활습관병 : 당뇨병, 고혈압, 담석증, 담낭담도질환, 급성췌장염, 췌장질환, 폐질환, 비감염성 장염 및 결장염, 충수염, 동맥경화증, 동맥·세동맥 및 모세혈관의 기타질환, 동맥색전증 및 혈전증, 중이 및 유돌의 질환, 호흡기관련질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 바이러스 간염, 간질환, 만성기관지염, 천식, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상선의 장애, 결핵, 폐렴, 신부전
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. "25대생활습관병 입원비" 지급사유가 발생할 경우 "36대생활습관병 입원비"도 동시에 지급됩니다. 다만, 1회 입원당 한도는 급부별 적용됩니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 4)

36대생활습관병 분류표

① 약관에서 규정하는 “36대생활습관병”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병 및 재해를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
25 대생활습관병	
1. 당뇨병	
1 형 당뇨병	E10
2 형 당뇨병	E11
영양실조-관련 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14
2. 고혈압	
본태성(원발성) 고혈압	I10
고혈압성 심장병	I11
고혈압성 신장병	I12
고혈압성 심장 및 신장병	I13
이차성 고혈압	I15
3. 담석증	
담석증	K80
4. 담낭담도질환	
담낭염	K81
담낭의 기타 질환	K82
담도의 기타 질환	K83

5. 급성췌장염	
급성췌장염	K85
6. 췌장질환	
췌장의 기타 질환	K86
7. 폐질환	
폐기종	J43
기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
기관지확장증	J47
폐 및 종격의 농양	J85
농흉	J86
달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
흉막판	J92
기흉	J93
기타 흉막의 병태	J94
8. 비감염성 장염 및 결장염	
크론병[국소성 장염]	K50
궤양성 대장염	K51
9. 충수염	
급성 충수염	K35
기타 충수염	K36
상세불명의 충수염	K37
충수의 기타 질환	K38
10. 동맥경화증	
죽상경화증	I70
11. 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 기타 질환	

기타 동맥류 및 박리	I72
기타 말초혈관질환	I73
동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
12. 동맥색전증 및 혈전증	
동맥색전증 및 혈전증	I74
13. 중이 및 유돌의 질환	
비화농성 중이염	H65
화농성 및 상세불명의 중이염	H66
중이의 진주종	H71
고막의 천공	H72
14. 호흡기관련질환	
급성 비인두염[감기]	J00
급성 부비동염	J01
급성 인두염	J02
급성 편도염	J03
급성 후두염 및 기관염	J04
급성 폐색성 후두염[크룹] 및 후두개염	J05
다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염	J06
15. 심장질환	
심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
류마티스무도병	I02
류마티스성 승모판질환	I05
류마티스성 대동맥판질환	I06
류마티스성 삼첨판질환	I07
다발판막질환	I08

기타 류마티스심장질환	I09
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
폐색전증	I26
기타 폐성 심장질환	I27
폐혈관의 기타 질환	I28
급성 심장막염	I30
심장막의 기타 질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
수막알균성 심장병	A39.5
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판장애	I36
폐동맥판장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
칸디다심내막염	B37.6
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43

방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
심장정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49
심부전	I50
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
대동맥동맥류 및 박리	I71
흉부 혈관의 손상	S25
심장의 손상	S26
심장의 양성 신생물	D15.1
16. 뇌혈관 질환	
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	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 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69
17. 바이러스 간염	
급성 A 형간염	B15

급성 B 형간염	B16
기타 급성 바이러스간염	B17
만성 바이러스간염	B18
상세불명의 바이러스간염	B19
18. 간질환	
알코올성 간질환	K70
독성간질환	K71
달리 분류되지 않은 간부전	K72
달리 분류되지 않은 만성 간염	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
기타 형태의 헤르페스바이러스감염	B00.8
아메바성 간농양	A06.4
19. 만성기관지염	
급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
상세불명의 만성 기관지염	J42
20. 천식	
천식	J45
천식지속상태	J46
21. 위궤양 및 십이지장궤양	
위궤양	K25

십이지장궤양	K26
상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
22. 갑상선의 장애	
선천성 요오드결핍증후군	E00
요오드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태	E01
무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
기타 갑상선기능저하증	E03
기타 비독성 고이터	E04
갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05
갑상선염	E06
갑상선의 기타 장애	E07
갑상선이상성 안구돌출	H06.2
23. 결핵	
세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15
세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
신경계통의 결핵	A17
기타 기관의 결핵	A18
좁쌀결핵	A19
결핵의 후유증	B90
결핵관절염	M01.1
척추의 결핵	M49.0
뼈의 결핵	M90.0
결핵성 방광염	N33.0
자궁경부의 결핵감염	N74.0
여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
결핵성 복막염	K67.3

장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
24. 폐렴	
달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
폐렴연쇄알균에 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
폐포자충증	B48.5
25. 신부전	
급성 신부전	N17
만성 콩팥병	N18
상세불명의 신부전	N19
남녀생활습관병	
26. 사타구니탈장	
사타구니탈장	K40
27. 특정부위의탈장	
대퇴탈장	K41
배꼽탈장	K42
복벽탈장	K43
횡격막탈장	K44

기타 복부탈장	K45
상세불명의 복부탈장	K46
28. 사구체질환	
급성 신염증후군	N00
급속 진행성 신염증후군	N01
재발성 및 지속성 혈뇨	N02
만성 신염증후군	N03
신증후군	N04
상세불명의 신염증후군	N05
명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
달리 분류된 질환에서의 사구체 장애	N08
29. 신세뇨관-간질질환	
급성 세뇨관-간질신장염	N10
만성 세뇨관-간질신장염	N11
급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
폐색성 및 역류성 요로병증	N13
약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
기타 신세뇨관-간질질환	N15
달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N16
30. 요로결석증	
신장 및 요관의 결석	N20
하부요로의 결석	N21
달리 분류된 질환에서의 요로의 결석	N22
상세불명의 신장 급통증	N23
31. 신장 및 요관의 기타 장애	

	신세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장위축	N26
	원인불명의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
32. 비뇨계통의 기타 질환		
	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33 (N33.0 제외)
33. 유방의 장애		
	양성 유방형성이상	N60
	유방의 염증성 장애	N61
	유방의 비대	N62
	유방의 상세불명의 덩이	N63
	유방의 기타장애	N64
34. 비뇨생식계통의 기타 장애		
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장해	N99
35. 유방의 양성종양		
	유방의 양성 신생물	D24
36. 남녀생식계통 관련 질환		
남성	**남성 생식기관의 질환**	
	전립선증식증	N40
	전립선의 염증성 질환	N41
	전립선의 기타 장애	N42

	음낭수종 및 정액류	N43
	고환의 염전	N44
	고환염 및 부고환염	N45
	달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애	N49
	남성생식기관의 기타 장애	N50
	달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애	N51
	기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증	A59.08
	볼거리고환염	B26.0
여성	**여성 골반내 기관의 염증성 질환**	
	난관염 및 난소염	N70
	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
	자궁경부의 염증성 질환	N72
	기타 여성골반염증질환	N73
	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애	N74 (N74.0, N74.1 제외)
	바르톨린선의 질환	N75
	질 및 외음부의 기타 염증	N76
	달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
	여성생식관의 비염증성 장애	
	자궁내막증	N80
	여성생식기탈출	N81
	여성생식관을 침범한 누공	N82
	난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애	N83
	여성생식관의 용종	N84

자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
자궁경부의 미란 및 외반	N86
자궁경부의 이형성	N87
자궁경부의 기타 비염증성 장애	N88
질의 기타 비염증성 장애	N89
외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
무월경, 소량 및 희발 월경	N91
과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
폐경 및 기타 폐경전후 장애	N95
여성생식기의 양성종양	
자궁의 평활근종	D25
자궁의 기타 양성 신생물	D26
난소의 양성 신생물	D27
기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
여성생식기의 경계성종양	
여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 남녀생식계통 관련 질환 중 '남성 생식기관의 질환'은 남성에 한하며, '여성 골반내 기관의 염증성 질환', '여성생식관의 비염증성 장애', '여성생식기의 양성종양 및 여성생식기의 경계성종양'은 여성에 한합니다.

② 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 다시

판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

25대생활습관병 분류표

① 약관에서 규정하는 '25대생활습관병'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병 및 재해를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 당뇨병	
1 형 당뇨병	E10
2 형 당뇨병	E11
영양실조-관련 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14
2. 고혈압	
본태성(원발성) 고혈압	I10
고혈압성 심장병	I11
고혈압성 신장병	I12
고혈압성 심장 및 신장병	I13
이차성 고혈압	I15
3. 담석증	
담석증	K80
4. 담낭담도질환	
담낭염	K81
담낭의 기타 질환	K82
담도의 기타 질환	K83
5. 급성췌장염	

분류항목	분류코드
급성췌장염	K85
6. 췌장질환	
췌장의 기타 질환	K86
7. 폐질환	
폐기종	J43
기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
기관지확장증	J47
폐 및 종격의 농양	J85
농흉	J86
달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
흉막판	J92
기흉	J93
기타 흉막의 병태	J94
8. 비감염성 장염 및 결장염	
크론병[국소성 장염]	K50
궤양성 대장염	K51
9. 충수염	
급성 충수염	K35
기타 충수염	K36
상세불명의 충수염	K37
충수의 기타 질환	K38
10. 동맥경화증	
죽상경화증	I70
11. 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 기타 질환	

분류항목	분류코드
기타 동맥류 및 박리	I72
기타 말초혈관질환	I73
동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
12. 동맥색전증 및 혈전증	
동맥색전증 및 혈전증	I74
13. 중이 및 유돌의 질환	
비화농성 중이염	H65
화농성 및 상세불명의 중이염	H66
중이의 진주종	H71
고막의 천공	H72
14. 호흡기관련질환	
급성 비인두염[감기]	J00
급성 부비동염	J01
급성 인두염	J02
급성 편도염	J03
급성 후두염 및 기관염	J04
급성 폐색성 후두염[크룹] 및 후두개염	J05
다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염	J06
15. 심장질환	
심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
류마티스무도병	I02
류마티스성 승모판질환	I05
류마티스성 대동맥판질환	I06
류마티스성 삼첨판질환	I07

분류항목	분류코드
다발판막질환	I08
기타 류마티스심장질환	I09
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
폐색전증	I26
기타 폐성 심장질환	I27
폐혈관의 기타 질환	I28
급성 심장막염	I30
심장막의 기타 질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
수막알균성 심장병	A39.5
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판장애	I36
폐동맥판장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
칸디다심내막염	B37.6
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41

분류항목	분류코드
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
심장정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49
심부전	I50
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
대동맥동맥류 및 박리	I71
흉부 혈관의 손상	S25
심장의 손상	S26
심장의 양성 신생물	D15.1
16. 뇌혈관 질환	
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	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 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68

분류항목	분류코드
뇌혈관질환의 후유증	I69
17. 바이러스 간염	
급성 A 형간염	B15
급성 B 형간염	B16
기타 급성 바이러스간염	B17
만성 바이러스간염	B18
상세불명의 바이러스간염	B19
18. 간질환	
알코올성 간질환	K70
독성간질환	K71
달리 분류되지 않은 간부전	K72
달리 분류되지 않은 만성 간염	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
기타 형태의 헤르페스바이러스감염	B00.8
아메바성 간농양	A06.4
19. 만성기관지염	
급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
상세불명의 만성 기관지염	J42
20. 천식	

분류항목	분류코드
천식	J45
천식지속상태	J46
21. 위궤양 및 십이지장궤양	
위궤양	K25
십이지장궤양	K26
상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
22. 갑상선의 장애	
선천성 요오드결핍증후군	E00
요오드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태	E01
무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
기타 갑상선기능저하증	E03
기타 비독성 고이터	E04
갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05
갑상선염	E06
갑상선의 기타 장애	E07
갑상선이상성 안구돌출	H06.2
23. 결핵	
세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15
세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
신경계통의 결핵	A17
기타 기관의 결핵	A18
좁쌀결핵	A19
결핵의 후유증	B90
결핵관절염	M01.1
척추의 결핵	M49.0

분류항목	분류코드
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
24. 폐렴	
달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
폐렴연쇄알균에 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
폐포자충증	B48.5
25. 신부전	
급성 신부전	N17
만성 콩팥병	N18
상세불명의 신부전	N19

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시 1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다. 2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제21조 제4항 관련)

1. 36대생활습관병 입원비(제6조 제1호), 25대생활습관병 입원비(제6조 제2호)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th colspan="2">기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년 이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년 초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정하는 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 3대특정생활습관병보장특약 (간편N/갱신형) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 3대특정생활습관병보장특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 3대특정생활습관병보장특약(간편N/갱신형)

약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표5) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표6) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약

의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("하지정맥류", "성대관련질환" 및 "손목터널증후군"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 "하지정맥류"라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표2) "하지정맥류 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 "성대관련질환"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표3) "성대관련질환 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "손목터널증후군"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표4) "손목터널증후군 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.

④ "하지정맥류", "성대관련질환" 및 "손목터널증후군"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 ("수술"의 정의와 장소)

이 특약에서 "수술"이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외됩니다.

제5조 ("입원"의 정의와 장소)

이 특약에서 "입원"이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

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

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 하지정맥류의 직접적인 치료를 목적으로 제4조("수술"의 정의와 장소)에서 정하는 수술을 받았을 경우
   : 하지정맥류 수술급여금
   (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 손목터널증후군의 직접적인 치료를 목적으로 제4조("수술"의 정의와 장소)에서 정하는 수술을 받았을 경우
   : 손목터널증후군 수술급여금
   (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 하지정맥류로 진단확정되고, 그 하지정맥류의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)
   : 하지정맥류 입원급여금
   (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에는 50% 감액 지급)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 성대관련질환으로 진단확정되고, 그 성대관련질환의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)
   : 성대관련질환 입원급여금
   (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에는 50% 감액 지급)
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 손목터널증후군으로 진단확정되고, 그 손목터널증후군의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)

: 손목터널증후군 입원급여금
(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에는 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표6 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 보험료 납입이 면제된 이후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.
다만, 제6조(보험금의 지급사유) 제3호부터 제5호의 경우 그 입원이 퇴원없이 최초계약의 보험계약일부터 1년 이후까지 계속 되었을 경우에는, 최초계약의 보험계약해당일부터 1년 이후의 입원기간에 대해서는 회사는 약정한 보험금의 100%를 지급합니다.

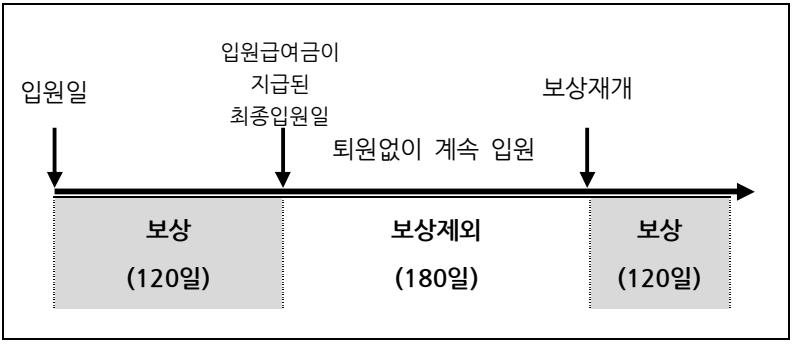
④ 제5조("입원"의 정의와 장소)에서 정한 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑤ 제6조(보험금의 지급사유) 제3호부터 제5호에서 정하는 급여

금(이하 "입원급여금"이라 합니다)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

⑥ 입원급여금은 피보험자가 동일한 하지정맥류, 동일한 성대관련질환 또는 동일한 손목터널증후군으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아서 각 입원일수를 더하여 제5항의 규정을 적용합니다.

⑦ 제5항에도 불구하고 동일한 하지정맥류, 동일한 성대관련질환 또는 동일한 손목터널증후군에 따른 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑧ 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여 제5항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급합니다.

⑨ 제4항, 제7항 및 제8항의 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급

하지 않습니다.

⑪ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 회사는 피보험자가 동일한 신체부위에 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 수술로 봅니다.

⑫ 제11항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 다리, 팔을 말하며, 다리와 팔은 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 피보험자의 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑮ 제14항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑰ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그

중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑱ 제1항의 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 결정합니다.

⑲ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑳ 제19항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉑ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

㉒ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉓ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

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

제10조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입·퇴원확인서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부

기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진

단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 제

한할 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하

지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제22조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유

지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는

(별표7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제22조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 '청약일'로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제19조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제19조 (특약의 갱신)

① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

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

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사

에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았

거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제22조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한

경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여

드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 "산출방법서"에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제25조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
하지정맥류 수술급여금 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 하지정맥류의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우	수술 1회당 50만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
손목터널증후군 수술급여금 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 손목터널증후군의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우	수술 1회당 50만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
하지정맥류 입원급여금 (제6조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 하지정맥류로 진단확정되고, 그 하지정맥류의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)	입원일수 1일당 2만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에는 50% 감액 지급)
성대관련질환 입원급여금 (제6조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 성대관련질환으로 진단확정되고, 그 성대관련질환의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)	입원일수 1일당 2만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에는 50% 감액 지급)
손목터널증후군 입원급여금 (제6조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 손목터널증후군으로 진단확정되고, 그 손목터널증후	입원일수 1일당 2만원 (다만, 최초계약의 보험계

급부명칭	지급사유	지급금액
	군의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)	약일부터 1년 미만에는 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 제2호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 회사는 피보험자가 동일한 신체부위에 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 수술로 봅니다.
5. 제4호에서 동일한 신체부위라 함은 각각 팔, 다리를 말하며, 팔 또는 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

(별표 2)

하지정맥류 분류표

① 약관에서 규정하는 “하지정맥류”는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
하지의 정맥류	I83

※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 보장하는 질병 해당여부의 판단은 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에서 정한 바에 따라 결정되며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

성대관련질환 분류표

① 약관에서 규정하는 '성대관련질환'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환	J38

※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 보장하는 질병 해당여부의 판단은 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에서 정한 바에 따라 결정되며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 4)

손목터널증후군 분류표

① 약관에서 규정하는 손목터널증후군으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
손목터널증후군(Carpal tunnel syndrome)	G56.0

※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 6)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제5항 및 제24조 제2항 관련)

1. 수술급여금, 입원급여금 (제6조) 및 계약자적립액 (제14조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제24조 제1항)

<table>
<tr><th colspan="2">적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2" colspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년 이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년 초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의

사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당

4대중증생활습관병심장수술특약(간편N/갱신형)

약 관

이 특약의 약관은 **무배당 4대중증생활습관병심장수술특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 4대중증생활습관병심장수술특약 (간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융

감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제19조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

5. 보험료 납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“관상동맥(심장동맥)성형수술(PTCA)”의 정의)

① 이 특약에서 “관상동맥(심장동맥)성형수술(PTCA)”이라 함은 관상동맥(심장동맥)질환의 직접적인 치료를 목적으로 의료법 제3조 (의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 관상동맥(심장동맥)우회술(CABG) 대신 혈관카테터(도관)를 이용한 관상동맥(심장동맥)을 넓히는 수술을 말합니다.

[예 : 경피적관동맥풍선확장술(Percutaneous transluminal balloon angioplasty), 스텐트삽입술(Coronary stent), 회전죽상반절제술(Rotational atherectomy) 등]

② “관상동맥(심장동맥)성형수술(PTCA)”의 필요성은 반드시 의사에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 증명되어야 합

니다.

제4조 (“경피적 대동맥류 중재수술”의 정의)

① 이 특약에서 "경피적 대동맥류 중재수술"이라 함은 복부대동맥, 흉복부대동맥 또는 흉부대동맥 부위에 발생한 대동맥 동맥류에 대한 직접적인 치료를 목적으로 병원에서 의사의 관리하에 개흉 또는 개복을 동반하지 않고 혈관카테터(도관)를 이용하여 인조혈관(stent graft)을 대동맥류가 발생한 병변 부위에 경피적으로 삽입하는 수술을 말합니다. 다만, 대동맥의 분지동맥 (branch)에서 발생한 대동맥 동맥류에 대한 치료 및 개흉술 또는 개심술을 동반하는 수술은 보장에서 제외됩니다.

② "경피적 대동맥류 중재수술"의 필요성은 반드시 의사에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 증명되어야 합니다.

제5조 (“경피적 심장판막 성형수술”의 정의)

① 이 특약에서 "경피적 심장판막 성형수술"이라 함은 심장판막의 손상 또는 심장판막질환의 직접적인 치료를 목적으로 하여 병원에서 의사의 관리 하에 개흉 또는 개심을 동반하지 않고 혈관 카테터(도관)를 이용하여 심장판막을 성형하는 수술을 말합니다.(예 : 경피적 승모판막 성형술, percutaneous mitral valvuloplasty) 다만, 개흉술 또는 개심술을 동반하거나 선천적인 원인으로 인한 수술은 보장에서 제외합니다.

② "경피적 심장판막 성형수술"의 필요성은 반드시 의사에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 증명되어야 합니다.

제6조 (“체내용 심박조율장치 이식수술”의 정의)

① 이 특약에서 "체내용 심박조율장치(ICD, Pacemaker) 이식수술"이라

함은 악성부정맥을 중지시키고 심장박동이 정상적으로 유지되도록 하여 심장정지, 심장 돌연사 발생을 방지하기 위하여 병원에서 의사의 관리 하에 삽입형 제세동기 (ICD, Implantable Cardioverter-defibrillator) 또는 인공심장박동기 (Pacemaker)를 영구적으로 체내에 이식하는 수술을 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 경우는 보장에서 제외됩니다.

1. 삽입형 제세동기 또는 인공심장박동기를 재이식, 교환 또는 제거하는 경우
2. 삽입형 제세동기 또는 인공심장박동기의 배터리를 교환하는 경우
3. 삽입형 제세동기 또는 인공심장박동기를 임시적으로 장착하는 경우

③ "체내용 심박조율장치(ICD, Pacemaker) 이식수술"의 필요성은 반드시 의사에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 증명되어야 합니다.

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 “관상동맥(심장동맥)성형수술(PTCA)”을 받았을 경우(다만, 최초 1회에 한함)
   : 관상동맥성형수술보험금
   (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경피적 대동맥류 중재수

술”을 받았을 경우(다만, 최초 1회에 한함)
: 경피적 대동맥류 중재수술보험금
(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경피적 심장판막 성형수술”을 받았을 경우(다만, 최초 1회에 한함)
: 경피적 심장판막 성형수술보험금
(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “체내용 심박조율장치 이식수술”을 받았을 경우(다만, 최초 1회에 한함)
: 체내용 심박조율장치 이식수술보험금
(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

※ 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 [관상동맥성형수술 보장계약], [경피적 대동맥류 중재수술 보장계약], [경피적 심장판막 성형수술 보장계약] 및 [체내용 심박조율장치 이식수술 보장계약]으로 나뉘어 갱신되며, 제1호에서 제4호의 수술보험금은 각 해당 수술의 보장계약에 한하여 지급합니다.

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우

회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제4호에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률

의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 갱신계약의 경우 [관상동맥성형수술 보장계약]에서 “관상동맥성형수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [관상동맥성형수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “관상동맥성형수술보험금”으로 지급합니다. 이때 [관상동맥성형수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

⑯ 갱신계약의 경우 [경피적 대동맥류 중재수술 보장계약]에서 “경피적 대동맥류 중재수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [경피적 대동맥류 중재수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “경피적 대동맥류 중재수술보험금”으로 지급합니다. 이때 [경피적 대동맥류 중재수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

⑰ 갱신계약의 경우 [경피적 심장판막 성형수술 보장계약]에서 “경피적 심장판막 성형수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [경피적 심장판막 성형수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “경피적 심장판막 성형수술보험금”으로 지급합니다. 이때 [경피적 심장판막 성형수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

⑱ 갱신계약의 경우 [체내용 심박조율장치 이식수술 보장계약]에서 “체내용 심박조율장치 이식수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [체내용 심박조율장치 이식수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “체내용 심박조율장치 이식수술보험금”으로 지급합니다. 이때 [체내용 심박조율장치 이식수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를

포함하지 않습니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기

입), 진단서(병명기입), 사망진단서, 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 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.

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, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제14조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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. 최초계약 체결일부터 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 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제22조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보

험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우. 다만, 갱신계약 중 각각의 보장계약에서 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보장계약에 한하여 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]

부재자의 생사불명의 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원

이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제6항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제22조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 (특약의 무효)

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

제18조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때

에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “관상동맥성형수술보험금”, “경피적 대동맥류 중재수술보험금”, 경피적 심장판막 성형수술보험금” 또는 “체내용 심박조율장치 이식수술보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료” $= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$
㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제19조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 갱신합니다.
다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간

종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에 따라 이 특약을 갱신하는 경우에는 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 [관상동맥성형수술 보장계약], [경피적 대동맥류 중재수술 보장계약], [경피적 심장판막 성형수술 보장계약] 및 [체내용 심박조율장치 이식수술 보장계약]으로 나뉘어 갱신됩니다.

다만, 갱신 전 계약에서 제7조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제4호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 [관상동맥성형수술 보장계약], [경피적 대동맥류 중재수술 보장계약], [경피적 심장판막 성형수술 보장계약] 또는 [체내용 심박조율장치 이식수술 보장계약]을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑤ 갱신계약은 제4항에 따른 각각의 보장계약을 합하여 하나의 계약으로 봅니다.

⑥ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에

는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑦ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑧ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는

보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제22조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지

할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제25조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

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

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

■ 최초계약

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
관상동맥성형 수술보험금 (제7조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “관상동맥(심장동맥)성형수술(PTCA)”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	200만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
경피적 대동맥류 중재수술보험금 (제7조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경피적 대동맥류 중재수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	300만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
경피적 심장판막 성형수술보험금 (제7조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경피적 심장판막 성형수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	300만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
체내용 심박조율장치 이식수술보험금 (제7조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “체내용 심박조율장치 이식수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	300만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일

한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

■ **갱신계약**

※ 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 「관상동맥성형수술 보장계약」, 「경피적 대동맥류 중재수술 보장계약」, 「경피적 심장판막 성형수술 보장계약」, 「체내용 심박조율장치 이식수술 보장계약」으로 나뉘어 갱신됩니다. 다만, 갱신 전 계약에서 제7조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제4호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 「관상동맥성형수술 보장계약」, 「경피적 대동맥류 중재수술 보장계약」, 「경피적 심장판막 성형수술 보장계약」, 「체내용 심박조율장치 이식수술 보장계약」을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
단, 갱신계약은 각각의 보장계약을 합하여 하나의 계약으로 봅니다.

[관상동맥성형수술 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
관상동맥성형 수술보험금 (제7조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "관상동맥(심장동맥)성형수술(PTCA)"을 받았을 경우 (다만, 최초 1회의 수술에 한함)	200만원

[경피적 대동맥류 중재수술 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
경피적 대동맥류 중재수술보험금 (제7조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "경피적 대동맥류 중재수술"을 받았을 경우 (다만, 최초 1회의 수술에 한함)	300만원

[경피적 심장판막 성형수술 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
경피적 심장판막 성형수술보험금 (제7조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경피적 심장판막 성형수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회의 수술에 한함)	300만원

[체내용 심박조율장치 이식수술 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
체내용 심박조율장치 이식수술보험금 (제7조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “체내용 심박조율장치 이식수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회의 수술에 한함)	300만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. [관상동맥성형수술 보장계약]에서 “관상동맥성형수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [관상동맥성형수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “관상동맥성형수술보험금”

으로 지급합니다. 이때 [관상동맥성형수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

4. [경피적 대동맥류 중재수술 보장계약]에서 “경피적 대동맥류 중재수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [경피적 대동맥류 중재수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “경피적 대동맥류 중재수술보험금”으로 지급합니다. 이때 [관상동맥성형수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.
5. [경피적 심장판막 성형수술 보장계약]에서 “경피적 심장판막 성형수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [경피적 심장판막 성형수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “경피적 심장판막 성형수술 보험금”으로 지급합니다. 이때 [경피적 심장판막 성형수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.
6. [체내용 심박조율장치 이식수술 보장계약]에서 “체내용 심박조율장치 이식수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [체내용 심박조율장치 이식수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “체내용 심박조율장치 이식수술 보험금”으로 지급합니다. 이때 [체내용 심박조율장치 이식수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제15조 제5항 및 제24조 제2항 관련)

1. 수술보험금 (제7조 제1호에서 제4호) 및 계약자적립액 (제15조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제24조 제1항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에

대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

무배당 NEW플러스수술특약(간편N/갱신형)

약 관

이 특약의 약관은 무배당 NEW플러스수술특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 NEW플러스수술특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“수술”의 정의와 장소)

이 특약에서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 (별표 2) “수술·신생물 근치 방사선 조사분류표”에서 정한 특정행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)] 등은 ‘특정 행위’에서 제외합니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제3조(“수술”의 정의

와 장소)에서 정하는 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 수술보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]를 지급합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 4) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 보험료 납입이 면제된 이후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제3항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

⑤ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별

판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생

하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

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

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약“의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니

다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지

급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

제17조 (특약의 갱신)

① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

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

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회

사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

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

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
수술보험금 (약관 제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술을 받았을 경우	수술 1회당 1종 : 특약보험가입금액의 2% 2종 : 특약보험가입금액의 4% 3종 : 특약보험가입금액의 20% 4종 : 특약보험가입금액의 80% 5종 : 특약보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 제1호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
4. 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

(별표 2)

수술·신생물 근치 방사선 조사분류표

〈수술분류표〉

Ⅰ. 일반질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술 名	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우) 및 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3종
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1종
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3종
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 60일 이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함]	1종
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	5. 골(骨) 이식수술	2종
	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]	3종
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외함]	1종
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종

구분	수술 名	수술 종류
(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3종
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골,관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	1종
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3종
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술 (再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3종
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1종
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절 (四肢關節) 관혈수술	2종
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술 (根本手術)	1종
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3종
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1종
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉수술(開胸手術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종

구분	수술 名	수술 종류
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3종
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉수술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3종
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관 관혈수술	1종
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4종
	26. 심장내(直視下心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	27. 심장 이식수술[수용자에 한함]	5종
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3종
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3종
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2종
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1종

구분	수술 名	수술 종류
소화기계의 수술	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	33. 위 절제수술 (胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3종
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2종
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)"	2종
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1종
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4종

구분	수술 名	수술 종류
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절 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]	4종
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	47. 방광류·요실금 교정수술	1종
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5종
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3종
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2종
	51. 음낭관혈수술	1종
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술(단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2종
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술(수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)	1종
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1종
내분비기계의	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5종

구분	수술 名	수술 종류
수술	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3종
	58. 부신(副腎) 절제수술	4종
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	60. 신경(神經) 관혈수술	2종
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4종
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술 (안검내반증 제외)	1종
	64. 누소관(淚小管)형성수술 (누관튜브삽입술 포함)	1종
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2종
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2종
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1종
	68. 각막, 공막 이식수술	2종
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2종
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)	2종

구분	수술 名	수술 종류
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)	1종
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)	2종
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3종
	76. 안와내종양절제수술	3종
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술 (異物除去手術)	1종
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1종
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2종
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2종
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2종
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함]	1종
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종

구분	수술 名	수술 종류
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함) * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2종
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)	
	88-1. 뇌, 심장	3종
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2종
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1종

(주) 위의 1~87항의 수술중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적(經皮的,Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성 신생물 치료 목적의 수술

수술 名	수술 종류
1. 관혈적 악성 신생물(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]	5종
1-1. 기타피부암(C44)	3종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성 신생물 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)	3종
3. 상기 이외의 기타 악성 신생물수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)	3종

(주) 1. 제자리암 · 경계성 종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지않습니다.

3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성 신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다. 다만, 조혈모세포이식술(일련의 과정 '추출, 필터링, 배양, 제거, 주입'을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정)을 제외한 근치수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

Ⅲ. 악성 신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

수술 名	수술 종류
1. 악성 신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3종
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3종

(주) 수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

[수술 · 신생물 근치 방사선 조사분류표 사용 지침]

1. "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 〈수술 · 신생물 근치 방사선 조사분류표〉에서 정한 행위 [기구를 사용하여 생체(生体)에 절단(切断), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴剤) 등의 조치 및 신경(神経) BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. '관혈적 악성 신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성 신생물의

원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. 〈수술 · 신생물 근치 방사선 조사분류표〉 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

〈수술 · 신생물 근치 방사선 조사분류표〉에서의 선진의료적 첨단 수술은 위의 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) 〈수술 · 신생물 근치 방사선 조사분류표〉상의 수술이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 〈수술 · 신생물 근치 방사선 조사분류표〉상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 〈수술 · 신생물 근치 방사선 조사분류표〉 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 88항(악성 신생물의 경우는 '악성 신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 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 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다
1) 미용 성형상의 수술

2) 피임(避妊) 목적의 수술
3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로

재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 수술보험금 (제4조), 계약자적립액(제12조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항)

<table>
<tr><th colspan="2">적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년 이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년 초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 New플러스보험료납입면제특약
(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 New플러스보험료납입면제특약(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 New플러스보험료납입면제특약

(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제8조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 보장개시일 : 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항에서 정한 이 특약에 대한 회사의 보장개시일을 말하며, 이하 "보장개시일"이라 합니다.
   다. 암납입면제 보장개시일 : 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항에서 정한 "암"에 따른 보험료 납입면

제의 보장개시일을 말하며, 이하 "암납입면제 보장개시일"이라 합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험료의 납입면제

제3조 (“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “뇌출혈”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병 · 사인분류에서 (별표 1) "뇌출혈 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사 · 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사

망하여 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.

제4조 (“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “급성심근경색증”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병 · 사인분류 중 (별표 2) “급성심근경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “급성심근경색증”의 진단확정은 병원의 의사에 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 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “급성심근경색증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조 (“암”, “기타피부암”, “유방암 중 초기유방암” 및 “전립선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병 · 사인분류 중 (별표 3) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여

성에 한함) 및 전립선암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다(이하 "암"이라 합니다). 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 제6조("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암, 제7조("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential), 제4항에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 C61[전립선의 악성 신생물(암)]는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병•사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다. (이하 "초기유방암"이라 합니다.)

[초기유방암 예시]

1. "침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma), 침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다. "

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴 (two mass)

종괴1(mass 1) - 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0 cm

종괴2(mass 2) - 1.2 cm x 1.0 cm x 1.0 cm

=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당하므로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size) : 2.0 cm x 2.0 cm x 1.0 cm _ T1

림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis) _ N1mi

=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size) : 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0 cm

유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size) : 3.0 cm x 2.0 cm x 2.0 cm

=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

④ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ “암”, “기타피부암” 및 “전립선암”의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)또는 혈액(hemic system)

검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”, “기타피부암”, “초기유방암” 및 “전립선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ “초기유방암”의 진단확정은 병원의 의료법 제 5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “초기유방암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]
「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑦ 제5항 및 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “전립선암” 및 “초기유방암”으로 진

단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성 신생물(암)(C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

② "특정갑상선암"이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 갑상선암 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "중대한 갑상선암" 및 "특정갑상선암"의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "중대한 갑

상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]
「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

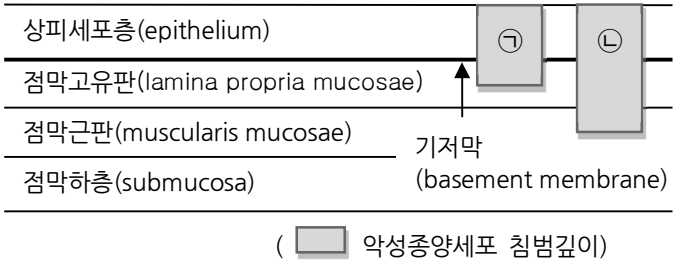
['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

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

제7조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병 · 사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다.(이하 "대장점막내암"이라 합니다)

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “대장점막내암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제8조 (보험료 납입면제 사유)

회사는 다음 각 항에서 정한 사유 발생시 이 특약을 포함하여 주계약 또는 가입 당시 주계약에 부가된 특약 중 이 특약의 적용을 받는 계약(이하 “납입면제 대상계약”이라 합니다)의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 제6항에서 정한 계약은 납입면제 대상계약에서 제외합니다.

① 1형(암, 뇌출혈 및 급성심근경색증 납입면제형)

보험료 납입면제 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”으로 진단확정 받거나 “암납입면제 보장개시일” 이후에 “암”으로 진단확정 받았을 때
납입면제 대상계약	1형의 보험료 납입면제 사유 발생시 해당 특약 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 주계약 또는 가입당시 부가된 특약을 제외한 계약

② 2형(뇌출혈 및 급성심근경색증 납입면제형)

보험료 납입면제 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”으로 진단확정 받았을 때
납입면제 대상계약	「2형의 보험료 납입면제 사유 발생시 해당 특약 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 주계약 또는 가입당시 부가된 특약을 제외한 계약」 중 「“암”으로 진단확정시 해당 특약 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 계약」 (다만, 해당 특약의 약관에서 정한 "암"이 이 특약에서 정한 "암"과는 다르더라도 이 특약에서 정한 "암"의 일부 또는 전부를 포함하는 경우 납입면제 대상계약에 포함됩니다)

③ 3형(암 및 급성심근경색증 납입면제형)

보험료 납입면제 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일[암의 경우 “암납입면제 보장개시일”] 이후에 “암” 또는 “급성심근경색증”으로 진단확정 받았을 때
납입면제 대상계약	「3형의 보험료 납입면제 사유 발생시 해당 특약 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 주계약 또는 가입당시 부가된 특약을 제외한 계약」 중 「“뇌출혈”로 진단확정시 해당 특약 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 계약」

④ 4형(암 및 뇌출혈 납입면제형)

보험료 납입면제 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일[암의 경우 “암납입면제 보장개시일”] 이후에 “암” 또는 “뇌출혈”로 진단확정 받았을 때
납입면제 대상계약	「4형의 보험료 납입면제 사유 발생시 해당 특약 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 주계약 또는 가입당시 부가된 특약을 제외한 계약」 중 「“급성심근경색증”으로 진단확정시 해당 특약 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 계약」

⑤ 5형(암 납입면제형)

보험료 납입면제 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암납입면제 보장개시일” 이후에 “암”으로 진단확정 받았을 때
납입면제 대상계약	「5형의 보험료 납입면제 사유 발생시 해당 특약 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 주계약 또는 가입당시 부가된 특약을 제외한 계약」 중 「“뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”으로 진단확정시 해당 특약 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 계약」

⑥ 제1항에서 제5항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약의 경우 납입면제 대상계약에서 제외합니다.

1. 부가된 특약 중 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일하지 않은 특약
2. 주계약과 납입기간이 동일하지 않은 특약
3. 갱신형계약
4. 1형 및 3형에서 5형의 경우, 「해당 약관에서 정한 "암"으로 진단 확정 시 해당 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 계약의 경우, 해당 약관에서 정한 "

암"이 이 특약에서 정한 "암"과는 다르더라도 이 특약에서 정한 "암"의 일부 또는 전부를 포함하는 계약」은 납입면제 대상계약에서 제외합니다.

제9조 (보험료 납입면제에 관한 세부규정)

제1항에서 제4항의 경우 1형, 3형 또는 4형을 선택하신 경우에만 적용됩니다.

① 계약자는 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복일)]부터 “암납입면제 보장개시일” 전일 이전에 암으로 진단확정을 받았을 경우에는 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특약의 전부를 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 보험계약일[부활(효력회복일)]부터 "암납입면제 보장개시일" 전일 이전에 암으로 진단확정 되었으나 제1항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일[부활(효력회복일)]부터 “암납입면제 보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 암이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 암으로 제8조(보험료 납입면제 사유)의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우라도 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 "암납입면제 보장개시일" 전일 이전에 암으로 진단확정 받더라도 "암납입면제 보장개시일"부터 5년이 지나는 동안 그 암으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 "암납입면제 보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 제8조(보험료 납입면제 사유)에 따라 보장합니다.

③ 제2항의 “암납입면제 보장개시일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우

를 말합니다.

④ 제3항에도 불구하고 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 “암납입면제 보장개시일”로 하여 적용합니다.

⑤ 계약자와 회사가 제8조(보험료 납입면제 사유)의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제10조 (보험료의 납입을 면제하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 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 해침으로써 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제11조 (보험료 납입면제 사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제8조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (보험료 납입면제 등의 청구)

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입면제 또는 계약자적립액을 청구하여야 합니다.

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (보험료 납입면제 등의 절차)

① 회사는 제12조(보험료 납입면제 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 계약자가 제1항에 정한 기일내에 보험료 납입을 면제받지 못하고 보험료를 납입한 후 보험료 납입을 면제받은 경우에는 납입면제일부터 7일 이내에 납입면제 지연을 계약자에게 통보하고 그 보험료 납입일의 다음날부터 보험료 납입면제일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의

적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 납입면제 대상계약이 이 특약에서 정하지 않은 사유로 납입면제 되었을 경우
4. 납입면제 대상계약이 모두 효력을 가지지 않게 된 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법

원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제2호의 경우에는 회사는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제2항 제3호 및 제4호의 경우에는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 납입면제 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하며, 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다. 다만, 제2항 제3호 또는 제4호가 다음 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

1. 납입면제 대상계약이 이 특약에서 정한 납입면제 사유 이외에 주계약에서 정한 납입면제 사유와 동일한 사유로 납입면제 되었을 경우
2. 2형의 경우 피보험자가 “암”으로 진단확정되어 해당 납입면제 대상계약 약관에 따라 납입면제 되거나 효력이 소멸되었

을 경우

3. 3형의 경우 피보험자가 “뇌출혈”로 진단확정되어 해당 납입면제 대상계약 약관에 따라 납입면제 되거나 효력이 소멸되었을 경우
4. 4형의 경우 피보험자가 “급성심근경색증”으로 진단확정되어 해당 납입면제 대상계약 약관에 따라 납입면제 되거나 효력이 소멸되었을 경우
5. 5형의 경우 피보험자가 “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”으로 진단확정되어 해당 납입면제 대상계약 약관에 따라 납입면제 되거나 효력이 소멸되었을 경우

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 5형의 경우 피보험자가 계약일[부활(효력회복)일]부터 “암납입면제 보장개시일”의 전일 이전에 제5조(“암”, “기타피부암”, “유방암 중 초기유방암” 및 “전립선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 납입면제 대상계약의 감액 등으로 이 특약의

보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험료 납입면제 사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 정합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 납입기간으로 합니다.

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

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제8조(보험료 납입면제 사유)의 “암”에 따른 보험료 납입면제의 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복일)]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 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 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지

할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제8조(보험료 납입면제 사유)에서 정하는 보험료 납입면제 사유가 발생한 이후에는 주계약 또는 납입면제 대상계약을 전부 해지하는 경우에 한하여 이 특약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

뇌출혈 분류표

① 약관에서 규정하는 “뇌출혈”로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, 외상성 두개내출혈로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 2)

급성심근경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 '급성심근경색증'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
급성심근경색증	
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암) ※ 다만, 여성에 한하여 초기유방암 제외	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60,C62,C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성 신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97

분류항목	분류코드
18. 진성 적혈구증가증	D45
19. 골수형성이상증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 전립선의 악성 신생물(암, 분류코드 C61)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제7조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제6조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정갑상선암”은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제5조(“암”, “기타피부암”, “유방암 중 초기유방암” 및 “전립선암”의 정의 및 진단확정)에서 초기유방암(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한

질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항, 제14조 제5항 및 제6항, 제23조 제2항 관련)

<table>
<tr><th>구 분</th><th>기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="4">보험료 납입면제(제8조) 계약자적립액 (제14조 제5항 및 제6항)</td><td>지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td>지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 91일이후 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">해약환급금 (제23조 제1항)</td><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년 이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
New플러스보험료납입면제특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 New플러스보험료납입면제특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 New플러스보험료납입면제특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제8조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 보장개시일 : 제21조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 이 특약에 대한 회사의 보장개시일을 말하며, 이하 "보장개시일"이라 합니다.

다. 암납입면제 보장개시일 : 제21조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 "암"에 따른 보험료 납입면제의 보장개시일을 말하며, 이하 "암납입면제 보장개시일"이라 합니다.

제2관 보험료 납입면제

제3조 (“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “뇌출혈”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 1) "뇌출혈 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사 · 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한

하여 피보험자가 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “급성심근경색증”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) “급성심근경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “급성심근경색증”의 진단확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “급성심근경색증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조 (“암”, “기타피부암”, “유방암 중 초기유방암” 및 “전립선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 3) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다(이

하 “암”이라 합니다). 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 제6조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암, 제7조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential), 제4항에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 C61[전립선의 악성 신생물(암)]는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “유방암 중 초기유방암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병•사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다. (이하 “초기유방암”이라 합니다.)

[초기유방암 예시]

1. "침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma), 침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다. "

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴 (two mass)

종괴1(mass 1) - 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0 cm

종괴2(mass 2) - 1.2 cm x 1.0 cm x 1.0 cm

=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당하므로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size) : 2.0 cm x 2.0 cm x 1.0 cm _ T1

림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis) _ N1mi

=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size) : 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0 cm

유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size) : 3.0 cm x 2.0 cm x 2.0 cm

=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

④ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ “암”, “기타피부암” 및 “전립선암”의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)또는 혈액(hemic system)

검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”, “기타피부암”, “초기유방암” 및 “전립선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ “초기유방암”의 진단확정은 병원의 의료법 제 5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “초기유방암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]
「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑦ 제5항 및 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “전립선암” 및 “초기유방암”으로 진

단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성 신생물(암)(C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

② "특정갑상선암"이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 갑상선암 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "중대한 갑상선암" 및 "특정갑상선암"의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "중대한 갑

상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]
「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

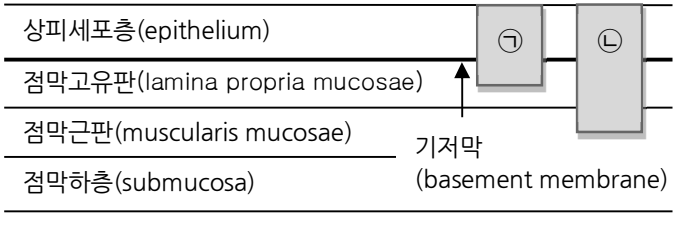
['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

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

제7조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다.(이하 "대장점막내암"이라 합니다)

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “대장점막내암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제8조 (보험료 납입면제 사유)

회사는 피보험자가 특약의 보험기간 중 다음 각 항에서 정한 사유 발생시 이 특약을 포함하여 주계약 또는 가입 당시 주계약에 부가된 특약 (갱신계약의 경우 갱신시점 부가된 특약) 중 이 특약의 적용을 받는 계약(이하 “납입면제 대상계약”이라 합니다)의 보험료 납입을 면제합니다.

① 1형(암, 뇌출혈 및 급성심근경색증 납입면제형)

보험료 납입면제 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”으로 진단확정 받거나 “암납입면제 보장개시일” 이후에 “암”으로 진단확정 받았을 때
납입면제 대상계약	1형의 보험료 납입면제 사유 발생시 해당 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 주계약 또는 가입당시 부가된 특약을 제외한 계약

② 2형(뇌출혈 및 급성심근경색증 납입면제형)

보험료 납입면제 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”으로 진단확정 받았을 때
납입면제 대상계약	「2형의 보험료 납입면제 사유 발생시 해당 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 주계약 또는 가입당시 부가된 특약을 제외한 계약」 중 「“암”으로 진단확정시 해당 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 계약」 (다만, 해당 약관에서 정한 "암"이 이 특약에서 정한 "암"과는 다르더라도 이 특약에서 정한 "암"의 일부 또는 전부를 포함하는 경우 납입면제 대상계약에 포함됩니다)

③ 3형(암 및 급성심근경색증 납입면제형)

보험료 납입면제 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일[암의 경우 “암납입면제 보장개시일”] 이후에 “암” 또는 “급성심근경색증”으로 진단확정 받았을 때
납입면제 대상계약	「3형의 보험료 납입면제 사유 발생시 해당 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 주계약 또는 가입당시 부가된 특약을 제외한 계약」 중 「“뇌출혈”로 진단확정시 해당 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 계약」

④ 4형(암 및 뇌출혈 납입면제형)

보험료 납입면제 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일[암의 경우 “암납입면제 보장개시일”] 이후에 “암” 또는 “뇌출혈”로 진단확정 받았을 때
납입면제 대상계약	「4형의 보험료 납입면제 사유 발생시 해당 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 주계약 또는 가입당시 부가된 특약을 제외한 계약」 중 「”급성심근경색증”으로 진단확정시 해당 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 계약」

⑤ 5형(암 납입면제형)

보험료 납입면제 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암납입면제 보장개시일” 이후에 “암”으로 진단확정 받았을 때
납입면제 대상계약	「5형의 보험료 납입면제 사유 발생시 해당 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 주계약 또는 가입당시 부가된 특약을 제외한 계약」 중 「“뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”으로 진단확정시 해당 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 계약」

⑥ 제1항에서 제5항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약의 경우 납입면제 대상계약에서 제외합니다.

1. 부가된 특약 중 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일하지 않은 특약
2. 이 특약과 납입기간이 동일하지 않은 계약
3. 갱신형이 아닌 계약
4. 1형 및 3형에서 5형의 경우, 「해당 약관에서 정한 "암"으로 진단확정 시 해당 약관에 따라 보험료 납입이 면제되거나 효력이 소멸되는 계약의 경우, 해당 약관에서 정한 "암"이 이 특약에서 정한 "암"과는 다르더라도 이 특약에서 정한 "암"의 일부 또는

전부를 포함하는 계약」은 납입면제 대상계약에서 제외합니다.

제9조 (보험료 납입면제에 관한 세부규정)

① 최초계약의 “납입면제 보장개시일”(암의 경우 “암납입면제 보장개시일”) 이후 제8조(보험료 납입면제 사유)에 따라 이미 보험료의 납입을 면제한 “뇌출혈”, “급성심근경색증” 또는 “암”과 동일한 경우(암의 경우 이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다)에 대해서는 “납입면제 대상계약”이 해당 약관에 따라 갱신이 된 경우[이 특약의 경우 제20조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따릅니다] 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제8조(보험료 납입면제 사유)에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 이 특약 및 “납입면제 대상계약”의 약관에 따라 이 특약 및 납입면제 대상계약이 갱신되는 경우 갱신계약(이 특약 및 납입면제 대상계약의 갱신계약을 말합니다)의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험료의 납입을 면제한 “암”이라 하더라도, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험료 납입면제사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제8조(보험료 납입면제 사유)에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 “보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에

서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제23조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 “보험료 납입면제사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일”로 하여 적용합니다.

제6항에서 제9항의 경우 1형, 3형 또는 4형을 선택하신 경우에만 적용됩니다.

⑥ 계약자는 피보험자가 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 “암납입면제 보장개시일” 전일 이전에 암으로 진단확정을 받았을 경우에는 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특약의 전부를 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

⑦ 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 “암납입면제 보장개시일” 전일 이전에 암으로 진단확정 되었으나 제6항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 “암납입면제 보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 암이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 암으로 제8조(보험료 납입면제 사유)의 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우라도 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 "암납입면제 보장개시일" 전일 이전에 암으로 진단확정 받더라도 "암납입면제 보장개시일"부터 5년이 지나는 동안 그 암으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 "암납입면제 보장개시일"부터 5년이 지난

이후에는 제8조(보험료 납입면제 사유)에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ““암납입면제 보장개시일”부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 제23조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제8항의 “암납입면제 보장개시일”로 하여 적용합니다.

⑩ 계약자와 회사가 제8조(보험료 납입면제 사유)의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.
제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제10조 (보험료의 납입을 면제하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 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 해침으로써 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제11조 (보험료 납입면제 사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제8조(보험료 납입면제 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없

이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (보험료 납입면제 등의 청구)

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입면제 또는 계약자적립액을 청구하여야 합니다.

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (보험료 납입면제 등의 절차)

① 회사는 제12조(보험료 납입면제 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 계약자가 제1항에서 정한 기일내에 보험료의 납입을 면제받지 못하고 보험료를 납입한 후 보험료의 납입을 면제받

은 경우에는 납입면제일부터 7일 이내에 납입면제 지연을 계약자에게 통보하고 그 보험료 납입일의 다음날부터 보험료 납입면제일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 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, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

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 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면

또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제23조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력

을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 납입면제 대상계약이 이 특약에서 정하지 않은 사유로 납입면제 되었을 경우
5. 납입면제 대상계약이 모두 효력을 가지지 않게 된 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한

것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우에는 회사는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산된 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제2항 제5호의 경우에는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 납입면제 대상계약 소멸 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하며, 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다. 다만, 제2항 제5호가 다음 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

1. 2형의 경우 피보험자가 “암”으로 진단확정되어 해당 납입면제 대상계약 약관에 따라 효력이 소멸되었을 경우
2. 3형의 경우 피보험자가 “뇌출혈”로 진단확정되어 해당 납입면제 대상계약 약관에 따라 효력이 소멸되었을 경우
3. 4형의 경우 피보험자가 “급성심근경색증”으로 진단확정되어 해당 납입면제 대상계약 약관에 따라 효력이 소멸되었을 경우

4. 5형의 경우 피보험자가 “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”으로 진단확정되어 해당 납입면제 대상계약 약관에 따라 효력이 소멸되었을 경우

⑦ 제2항에도 불구하고 제2항 제4호의 경우에는 제20조(특약의 보험기간 및 갱신) 제2항에 따라 특약이 갱신되며, 갱신된 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 “청약일”부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, “청약일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑨ 제8항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 제8항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑪ 제23조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제8항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

⑫ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제20조(특약의 보험기간 및 갱신) 제2항에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

제17조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 5형의 경우 피보험자가 계약일[부활(효력회복)일]부터 “암납입면제 보장개시일”의 전일 이전에 제5조(“암”, “기타피부암”, “유방암 중 초기유방암” 및 “전립선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제19조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 납입면제 대상계약의 감액 등으로 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지

(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험료 납입면제 사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제20조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세

계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 보험가입금액은 갱신시점 부가된 납입면제 대상계약의 보험료에 따라 변경될 수 있으며 회사는 갱신계약의 보험가입금액을 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면으로 안내합니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제21조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가

제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 납입기간으로 합니다.

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

③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

④ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료된 경우라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제5조(“암”, “기타피부암”, “유방암 중 초기 유방암” 및 “전립선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 납입면제 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고 갱신계약의 경우 갱신일로 하여 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장합니다.

제22조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해

지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제23조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제8조(보험료 납입면제 사유)에서 정하는 보험료 납입면제 사유가 발생한 이후에는 주계약 또는 납입면제 대상계약을 전부 해지하는 경우에

한하여 이 특약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제25조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제26조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

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

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

뇌출혈 분류표

① 약관에서 규정하는 “뇌출혈”로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, 외상성 두개내출혈로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 2)

급성심근경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 '급성심근경색증'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
급성심근경색증	
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암) ※ 다만, 여성에 한하여 초기유방암 제외	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60,C62,C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성 신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97

분류항목	분류코드
18. 진성 적혈구증가증	D45
19. 골수형성이상증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 전립선의 악성 신생물(암, 분류코드 C61)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제7조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제6조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정갑상선암”은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제5조(“암”, “기타피부암”, “유방암 중 초기유방암” 및 “전립선암”의 정의 및 진단확정)에서 초기유방암(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한

질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제12조 제2항, 제16조 제5항 및 제6항, 제25조 제2항 관련)

<table>
<tr><th>구 분</th><th>기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="4">보험료 납입면제(제7조) 계약자적립액 (제16조 제5항 및 제6항)</td><td>지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td>지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 91일이후 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">해약환급금 (제25조 제1항)</td><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년 이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 PET검사특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 PET검사특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 PET검사특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("급여 양전자단층촬영(PET) 검사"의 정의 및 장소)

① 이 특약에서 "급여 양전자단층촬영(PET) 검사"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 검사가 필요하다고 인정한 경우로서 (별표 4) "급여 양전자단층촬영(PET) 검사 분류표"에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여"에 해당하는 경우에 한합니다)를 말합니다.

② 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

③ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 양전자단층촬영(PET) 검사”를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 보험금(다만, 연간 1회에 한함)[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만인 경우 경우 50%

감액 지급. 단, 재해가 원인인 경우 100% 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 재해의 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 약정한 보험금의 100%를 지급합니다.

④ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 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 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

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

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이

필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나

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

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우
   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나

는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

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

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어

주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 '계약자가 선택한 보험기간'으로 갱신합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 '계약자가 선택한 보험기간' 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료

일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합

니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
PET검사 지원보험금 (급여) (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 양전자단층촬영(PET) 검사”를 받은 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	검사 1회당 5만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만인 경우 50% 감액 지급. 단, 재해가 원인인 경우 100% 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

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

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 4)

“급여 양전자단층촬영(PET) 검사” 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 양전자단층촬영(PET) 검사”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2024-23호, 2024.3.1 시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
양전자방출단층촬영 PET(Positron Emission Tomography)	다-339

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

1. PET검사지원보험금(급여) (제4조), 계약자적립액 (제12조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

무배당 감염병보장특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 감염병보장특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 감염병보장특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("주요법정감염병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "주요법정감염병"이라 함은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」(일부개정 2020.9.29., 법률 제17491호) 제2조(정의)에 해당하는 법정감염병 중 (별표 4) "주요법정감염병 분류표"에서 정한 질병(이하 "주요법정감염병"이라 합니다)을 말합니다.

② "주요법정감염병"의 진단확정은 감염병의 병원체를 확인할 수 있는 기관[(별표 5) "감염병병원체 확인기관" 참조]에서 감염병환자 등의 진단기준[(별표 6) "감염병환자 등의 진단기준" 참조]에 따라 "감염병환자"로 확진되어 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」에서 정한 "감염병 발생 신고(보고)서"가 발급된 경우를 말하며, "병원체보유자"는 해당되지 않습니다.

제4조 ("특정감염병"의 정의)

이 특약에서 "특정감염병"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 7) "특정감염병 분류표"에서 정한 질병(이하 "특정감염병"이라 합니다)을 말합니다.

제5조 ("입원"의 정의와 장소)

이 특약에서 "입원"이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국

외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]를 지급합니다.

1. 피보험자가 특약의 보험기간 중 "주요법정감염병"으로 관할 보건소에 신고되어 "감염병환자"로 진단 확정되었을 경우(진단 1회당)
   : 주요법정감염병 진단보험금
2. 피보험자가 특약의 보험기간 중 "특정감염병"의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우(1회 입원당 120일 한도)
   : 특정감염병입원비

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조

(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 "주요법정감염병"의 감염병 이외의 감염병 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 (일부개정 2020.9.29., 법률 제17491호) 제2조(정의)의 "갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병"은 보장하지 않습니다. 또한 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」이 개정되어 신규로 추가 또는 제외되는 감염병이 생기더라도 (별표 4) "주요법정감염병 분류표"에서 나열한 감염병만 보장하며, 신규로 추가되는 법정감염병은 보장하지 않습니다.

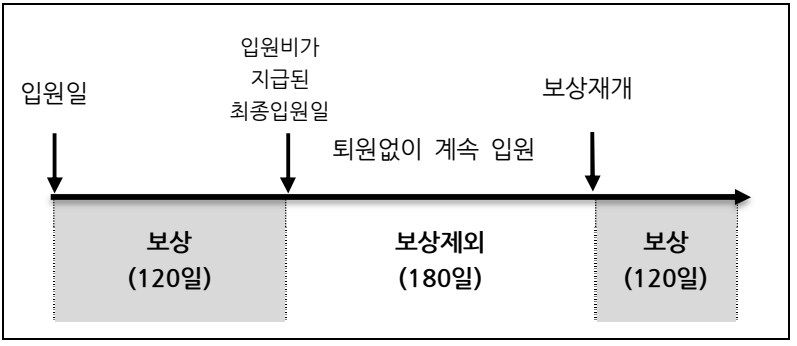
④ 제3조("주요법정감염병"의 정의 및 진단확정) 제2항에 따라 "주요법정감염병"으로 진단 확정된 경우에는 향후 관계 법령 개정 등에 따라 "주요법정감염병"에서 제외되는 감염병에 해당되더라도 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 주요법정감염병 진단보험금 지급대상에서 제외되지 않으며, 그 해당 감염병은 신고여부와 상관없이 의사의 진단에 따릅니다.

⑤ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정하는 "특정감염병입원비"의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

⑥ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호의 "특정감염병입원비"는 피보험자가 동일한 "특정감염병"으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아서 각 입원일수를 더하여 제5항의 규정을 적용합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 "특정감염병"에 의한 입원이라도

"특정감염병입원비"가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑧ 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 때에는 그 계속중인 입원기간에 대하여 제5항을 적용하여 계속 "특정감염병입원비"를 지급합니다.

⑨ 제5항, 제7항 및 제8항에서 계속입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 제10항에 해당하는 경우도 포함합니다.

⑩ 제5조("입원"의 정의와 장소)에서 정한 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "특정감염병"의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 "특정감염병입원비"의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 피보험자가 이 특약의 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 "주요법정감염병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에 따른 주요법정감염병 진단보험금을 지급합

니다.

⑬ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제12항의 '사망'의 원인 및 '진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑭ 제13항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑯ 제15항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑱ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그

중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑲ 제1항의 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 결정합니다.

⑳ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉑ 제20항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉒ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

㉓ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉔ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉕ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에

서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

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

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 입·퇴원확인서, 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서 등]

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 8) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있

는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하

지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되

지 않는 경우

이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 8) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신) 제2항에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

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

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의

보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니

다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환

급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 8) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
주요법정감염병 진단보험금 (제6조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 "주요법정감염병"으로 관할 보건소에 신고되어 감염병환자로 진단이 확정되었을 경우 (다만, "병원체보유자"는 해당되지 않음)	진단 1회당 30만원
특정감염병입원비 (제6조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 "특정감염병"의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)	입원일수 1일당 5만원)

(주)

1. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. "주요법정감염병"으로 진단 확정된 경우에는 향후 관계 법령 개정 등에 따라 "주요법정감염병"에서 제외되는 감염병에 해당되더라도 주요법정감염병 진단보험금 지급대상에서 제외되지 않으며, 그 해당 감염병은 신고여부와 상관없이 의사의 진단에 따릅니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

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

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 4)

주요법정감염병 분류표

약관에서 규정하는 "주요법정감염병"이란 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(일부개정 2020.9.29., 법률 제17491호)」 제2조(정의)에 해당하는 법정감염병 중 아래에 해당하는 질환을 말합니다.

구분	대상이 되는 질환
제1급감염병 (15종)	에볼라바이러스병, 마버그열, 라싸열, 크리미안콩고출혈열, 남아메리카출혈열, 리프트밸리열, 두창, 페스트, 탄저, 보툴리눔독소증, 야토병, 중증급성호흡기증후군(SARS), 중동호흡기증후군(MERS), 동물인플루엔자 인체감염증, 디프테리아
제2급감염병 (17종)	홍역, 콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염, 백일해, 유행성이하선염, 풍진, 폴리오, 수막구균 감염증, b형헤모필루스인플루엔자, 폐렴구균 감염증, 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증, 카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증, 성홍열
제3급감염병 (22종)	파상풍, 일본뇌염, 말라리아, 레지오넬라증, 비브리오패혈증, 발진티푸스, 발진열, 쯔쯔가무시증, 렙토스피라증, 브루셀라증, 공수병, 신증후군출혈열, 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD), 황열, 뎅기열, 큐열(Q열), 웨스트나일열, 라임병, 진드기매개뇌염, 유비저, 치쿤구니야열, 중증열성혈소판감소증후군(SFTS)

(주)

1. 위의 "주요법정감염병"의 감염병 이외의 감염병 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조(정의)의 "갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병"은 보장하지 않습니다.
2. 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」이 개정되어 신규로 추가 또는 제외되는 감염병이 생기더라도 "주요법정감염병"에서 나열한 감염병만 보장하며, 신규로 추가되는 법정감염병은 보장하지 않습니다.

(별표 5)

감염병병원체 확인기관

"주요법정감염병"의 병원체를 확인할 수 있는 기관은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(법률 제20873호), 2025.10.2 시행」 제16조의2(감염병병원체 확인기관)에서 정한 기준을 말하며, 세부내용은 다음을 말합니다.

1. 질병관리청
2. 질병대응센터
3. 「보건환경연구원법」 제2조에 따른 보건환경연구원
4. 「지역보건법」 제10조에 따른 보건소
5. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근(常勤)하는 기관
6. 「고등교육법」 제4조에 따라 설립된 의과대학 중 진단검사의학과가 개설된 의과대학
7. 「결핵예방법」 제21조에 따라 설립된 대한결핵협회(결핵환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
8. 「민법」 제32조에 따라 한센병환자 등의 치료·재활을 지원할 목적으로 설립된 기관(한센병환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
9. 인체에서 채취한 검사물에 대한 검사를 국가, 지방자치단체, 의료기관 등으로부터 위탁받아 처리하는 기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근(常勤)하는 기관

(주) 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」이 개정되어 "감염병병원체 확인기관"의 내용이 변경된 경우 변경된 내용을 적용합니다.

(별표 6)

감염병환자 등의 진단기준

"주요법정감염병" 환자 진단기준은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」(보건복지부령 제1133호, 2025.10.31 시행) 제6조 제5항 관련 (별표 6) 감염병환자 등의 진단기준에 따르며, 세부내용은 다음을 말합니다.

1. 제1급감염병의 경우
   가. 감염병환자 : 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
   나. 의사환자 : 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
   다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람
2. 제2급감염병의 경우
   가. 감염병환자 : 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말, 뇌척수액, 가래 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
   나. 의사환자 : 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
   다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람
3. 제3급감염병의 경우
   가. 감염병환자 : 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 뇌척수액, 가래, 기관지세척액 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람. 다만, 파상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 감염병환자로 진단한다.
   나. 의사환자 : 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
   다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

(주)

1. 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」이 개정되어 「감염병환

자 등의 진단기준」의 내용이 변경된 경우 변경된 내용을 적용합니다.
2. "병원체 보유자"는 "감염병환자"에 해당하지 않습니다.
3. 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」이 개정되어 제외되는 감염병이 발생되는 경우 그 해당 감염병은 신고여부와 상관없이 의사의 진단에 따릅니다.

(별표 7)

특정감염병 분류표

① 약관에서 규정하는 “특정감염병”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 에볼라바이러스병	
에볼라바이러스병	A98.4
2. 마버그열	
마르부르그바이러스병	A98.3
3. 라싸열	
라사열	A96.2
4. 크리미안콩고출혈열	
크리미아-콩고출혈열	A98.0
5. 남아메리카출혈열	
주닌출혈열	A96.0
마추포출혈열	A96.1
기타 아레나바이러스출혈열	A96.8
6. 리프트밸리열	
리프트밸리열	A92.4
7. 두창	
마마	B03
8. 페스트	
페스트	A20
9. 탄저	

분류항목	분류코드
탄저병	A22
10. 보툴리눔독소증	
보틀리눔중독	A05.1
11. 야토병	
야생토끼병	A21
12. 중증급성호흡기증후군(SARS)	
중증급성호흡증후군[SARS]	U04
13. 중동호흡기증후군(MERS)	
중동호흡기증후군[MERS]	B34.20
14. 동물인플루엔자 인체감염증	
확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
15. 디프테리아	
디프테리아	A36
16. 홍역	
홍역	B05
17. 콜레라	
콜레라	A00
18. 장티푸스	
장티푸스	A01.0
19. 파라티푸스	
파라티푸스 A	A01.1
파라티푸스 B	A01.2
파라티푸스 C	A01.3
상세불명의 파라티푸스	A01.4
20. 세균성이질	

분류항목	분류코드
시겔라증	A03
21. 장출혈성대장균감염증	
장출혈성 대장균감염	A04.3
22. A형간염	
급성 A형간염	B15
23. 백일해	
백일해	A37
24. 유행성이하선염	
볼거리	B26
25. 풍진	
선천성 풍진증후군	P35.0
풍진	B06
26. 폴리오	
급성 회색질척수염	A80
27. 수막구균 감염증	
수막알균감염	A39
28. b형헤모필루스인플루엔자	
인플루엔자균에 의한 패혈증	A41.3
상세불명 부위의 인플루엔자균감염	A49.2
헤모필루스수막염	G00.0
인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
인플루엔자균에 의한 급성 기관지염	J20.1
다른 장에서 분류된 질환의 원인으로서의 인플루엔자균	B96.3
29. 폐렴구균 감염증	
폐렴연쇄알균에 의한 패혈증	A40.3
폐렴알균수막염	G00.1

분류항목	분류코드
폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
폐렴알균성 관절염 및 다발관절염	M00.1
다른 장에서 분류된 질환의 원인으로서의 폐렴연쇄알균	B95.3
30. 성홍열	
성홍열	A38
31. 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증	
반코마이신 내성	U83.0
32. 카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증	
기타 베타락탐항생제 내성	U82.8
33. 파상풍	
신생아파상풍	A33
산과적 파상풍	A34
기타 파상풍	A35
34. 일본뇌염	
일본뇌염	A83.0
35. 말라리아	
선천성 열대열말라리아	P37.3
기타 선천말라리아	P37.4
열대열원충말라리아	B50
삼일열원충말라리아	B51
사일열원충말라리아	B52
기타 기생충학적으로 확인된 말라리아	B53
상세불명의 말라리아	B54
36. 레지오넬라증	
재향군인병	A48.1

분류항목	분류코드
비폐렴성 재향군인병[폰티액열]	A48.2
37. 비브리오패혈증	
기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
38. 발진티푸스	
리케차 프로와제키에 의한 유행성 이매개발진티푸스	A75.0
39. 발진열	
리케차 티피에 의한 발진티푸스	A75.2
40. 쯔쯔가무시증	
리케차 쯔쯔가무시에 의한 발진티푸스	A75.3
41. 렙토스피라증	
렙토스피라병	A27
42. 브루셀라증	
브루셀라병	A23
43. 공수병	
광견병	A82
44. 신증후군출혈열	
신장증후군을 동반한 출혈열	A98.5
45. 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD)	
크로이츠펠트-야콥병	A81.0
46. 황열	
황열	A95
47. 뎅기열	
뎅기	A97
48. 큐열(Q열)	
큐열	A78
49. 웨스트나일열	

분류항목	분류코드
웨스트나일바이러스감염	A92.3
50. 라임병	
라임병	A69.2
51. 진드기매개뇌염	
진드기매개바이러스뇌염	A84
52. 유비저	
급성 및 전격성 유사비저	A24.1
아급성 및 만성 유사비저	A24.2
기타 유사비저	A24.3
상세불명의 유사비저	A24.4
53. 치쿤구니야열	
치쿤구니아바이러스병	A92.0
54. 중증열성혈소판감소증후군(SFTS)	
기타 명시된 절지동물매개바이러스열	A93.8

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 8)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

1. 보험금 (제6조), 계약자적립액 (제14조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표

시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 고액치료비암진단특약
(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 고액치료비암진단특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 고액치료비암진단특약(간편N/갱신형)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제19조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암", "전립선암" 및 “고액치료비암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 제4조("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암, 제5조("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암, 제6조("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 초기유방암(여성에 한함), 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 “고액치료비암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 (별표 5) “고액치료비관련암 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 암, 기타피부암, 전립선암 및 고액치료비암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암, 기타피부암, 전립선암 및 고액치료비암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 중 중대한 갑상선암을 제외

한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암, 전립선암 및 고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

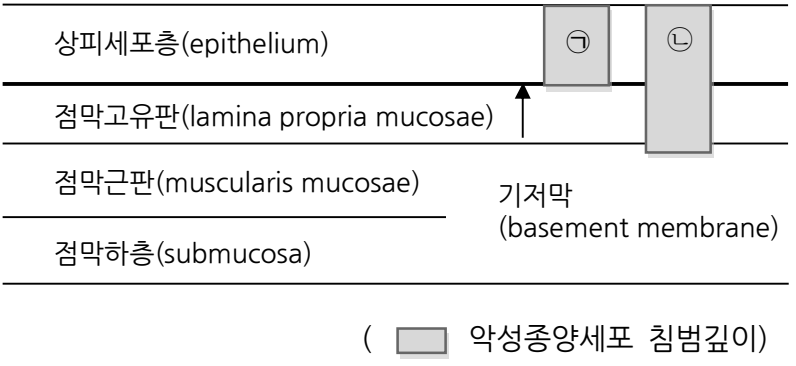
[“진단이 가능하지 않을 때”의 예시]

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

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 중 중대한 갑상선암을 제외한나머지

갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 대장점막내암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 대장점막내암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[“진단이 가능하지 않을 때”의 예시]

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

제5조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성 신생물(암)(C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

② "특정갑상선암"이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 갑상선암 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성

암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[“진단이 가능하지 않을 때”의 예시]

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

제6조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다.(이하 “초기유방암”이라 합니다.)

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma),침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) * 2개종괴 (two mass)

종괴1(mass 1) - 1.0cm x 1.0cm x 1.0 cm

종괴2(mass 2) - 1.2cm x 1.0cm x 1.0 cm

=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당함으로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)

: 2.0cm x 2.0cm x 1.0cm _ T1

림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis) _ N1mi

=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)

: 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm

유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)
: 3.0cm x 2.0cm x 2.0cm
=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② 초기유방암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 초기유방암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 초기유방암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[“진단이 가능하지 않을 때”의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제20조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 “암보장개시일”(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 고액치료비암으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 고액치료비암 진단보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. 다만, 최초 1회의 진단확정에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50% 감액 지급합니다.

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후에 고액치료비암 이외의 암(기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나, 최초계약의 암보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 고액치료비암 이외의 암(기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)과 동일한 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 피보험자가 이 특약의 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 고액치료비암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 고액치료비암 진단보험금을 지급합니다.

⑤ 제4항에 의한 진단 확정으로 제15조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에서 정한 바에 따라 계약이 소멸(피보험자의 사망으로 인한 경우를 제외합니다)된 경우에는 제15조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 고액치료비암 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 '사망'의 원인 및 '고액치료비암 진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 피보험자가 암보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합

니다.

⑨ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑩ 제9항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑭ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은

장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑰ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑱ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑳ 갱신계약의 경우 “고액치료비암진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “고액치료비암진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기

관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

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

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진

단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제14조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 제

한할 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 증명하

지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제22조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가

발생한 경우

4. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

   [실종선고]
   부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에

따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 “추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우”는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제22조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 [“최초계약의 계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암", "전립선암" 및 “고액치료비암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제18조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 고액치료비암진단보험금을 계산할 때에 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

감액 이후의 「이미 납입한 보험료」

$$=\text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ 「감액 전 이미 납입한 보험료」는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제19조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제3조("암", "기타피부암", "전립선암" 및 “고액치료비암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고 갱신계약의 경우 갱신일로 하여 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이

되는 날의 다음 날입니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제22조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주

계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제20조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항 및 제6항의 규정을 따릅니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약

환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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 2,500만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
고액치료비암 진단보험금 (제7조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “고액치료비암”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 5,000만원 [1년미만] 2,500만원

(주)

1. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
3. 위의 보험금 지급기준표의 내용 중 "1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)"의 보험금 감액 지급과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
4. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
5. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후에 “고액치료비암 이외의 암(기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나, 최초계약의 암보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 “고액치료비암 이외의 암(기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 유방암 중 초기유방

암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)”과 동일한 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

6. 제4호 및 제5호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
7. 이 특약에서 “고액치료비암”이라 함은 제3조("암", "기타피부암", "전립선암" 및 “고액치료비암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암 중 (별표 5) “고액치료비관련암 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.
8. 갱신계약의 경우 “고액치료비암진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “고액치료비암진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암) ※ 다만, 여성에 한하여 초기유방암 제외	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60,C62,C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성 신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97

분류항목	분류코드
18. 진성 적혈구증가증	D45
19. 골수형성이상증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 전립선의 악성 신생물(암, 분류코드 C61)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제5조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정갑상선암”은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제6조(“유방암 중 초기유방암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으

로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

고액치료비관련암 분류표

① 약관에서 규정하는 고액치료비관련암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
골 및 관절연골의 악성 신생물	
1. 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
2. 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	
3. 수막의 악성 신생물	C70
4. 뇌의 악성 신생물	C71
5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	
6. 호지킨림프종	C81
7. 소포성 림프종	C82
8. 비소포성 림프종	C83
9. 성숙T/NK-세포림프종	C84
10. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
11. T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
12. 악성 면역증식성 질환	C88
13. 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
14. 림프성 백혈병	C91
15. 골수성 백혈병	C92
16. 단핵구성 백혈병	C93
17. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94

분류항목	분류코드
18. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
19. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제15조 제5항 및 제24조 제2항 관련)

1. 고액치료비암 진단보험금 (제7조) 및 계약자적립액 (제15조 제5항)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제24조 제1항)

기 간	지 급 이 자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과 기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

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

무배당 고액치료비암진단특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 고액치료비암진단특약H(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 고액치료비암진단특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암", "전립선암" 및 “고액치료비암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 제4조("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암, 제5조("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암, 제6조("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 초기유방암(여성에 한함), 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or

condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 “고액치료비암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 (별표 5) “고액치료비관련암 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 암, 기타피부암 및 전립선암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암, 기타피부암 및 전립선암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 전립선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

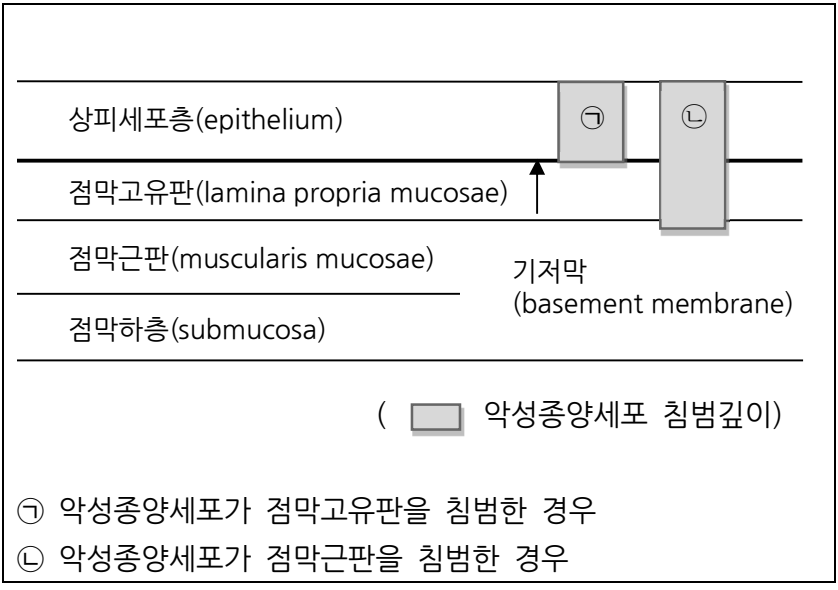
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을

통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② 대장점막내암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 대장점막내암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상

세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 중 중대한 갑상선암을 제외한나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

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

제5조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성 신생물(암)(C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

② "특정갑상선암"이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 갑상선암 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 중대한 갑상선암 및 특정갑상선암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 중대한 갑상선암 및 특정갑상선암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 중대한 갑상선암 및 특정갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

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

제6조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다.(이하 “초기유방암”이라 합니다.)

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma),침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) * 2개종괴 (two mass)

종괴1(mass 1) - 1.0cm x 1.0cm x 1.0 cm

종괴2(mass 2) - 1.2cm x 1.0cm x 1.0 cm

=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당함으로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size) : 2.0cm x 2.0cm x 1.0cm _ T1

림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis) _ N1mi

=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)

: 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm
유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)
: 3.0cm x 2.0cm x 2.0cm
=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② 초기유방암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 초기유방암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]
「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 초기

유방암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암보장개시일"(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 고액치료비암으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 고액치료비암 진단보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. 다만, 최초 1회의 진단확정에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50% 감액 지급합니다.

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험

료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후에 고액치료비암 이외의 암(기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 피보험자가 이 특약의 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 고액치료비암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 고액치료비암 진단보험금을 지급합니다.

④ 제3항에 의한 진단 확정으로 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제3호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 “고액치료비암” 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 ‘사망’의 원인 및 ‘고액치료비암 진단보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사

망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 피보험자가 암보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치

료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의

료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

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

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 “실종기간”이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활

(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암", "전립선암" 및 “고액치료비암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조("암", "기타피부암", "전립선암" 및 “고액치료비암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복일)]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한

절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에

따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정

을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 2,500만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
고액치료비암 진단보험금 (제7조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “고액치료비암”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 5,000만원 [1년미만] 2,500만원

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후에 “고액치료비암 이외의 암(기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
5. 이 특약에서 “고액치료비암”이라 함은 제3조("암", "기타피부암", "전립선암" 및 “고액치료비암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암 중 (별표 5) “고액치료비관련암 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.
6. 위의 보험금 지급기준표의 내용 중 “1년 미만”이란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정

되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암) ※ 다만, 여성에 한하여 초기유방암 제외	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60,C62,C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성 신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97

분류항목	분류코드
18. 진성 적혈구증가증	D45
19. 골수형성이상증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 전립선의 악성 신생물(암, 분류코드 C61)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제5조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정갑상선암”은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제6조(“유방암 중 초기유방암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한

질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

고액치료비관련암 분류표

① 약관에서 규정하는 고액치료비관련암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
골 및 관절연골의 악성 신생물	
1. 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
2. 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	
3. 수막의 악성 신생물	C70
4. 뇌의 악성 신생물	C71
5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	
6. 호지킨림프종	C81
7. 소포성 림프종	C82
8. 비소포성 림프종	C83
9. 성숙T/NK-세포림프종	C84
10. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
11. T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
12. 악성 면역증식성 질환	C88
13. 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
14. 림프성 백혈병	C91
15. 골수성 백혈병	C92
16. 단핵구성 백혈병	C93
17. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
18. 상세불명 세포형의 백혈병	C95

분류항목	분류코드
19. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제4항 관련)

1. 고액치료비암 진단보험금 (제7조) 및 계약자적립액(제13조 제5항)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 고액치료비암진단특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 고액치료비암진단특약L(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 고액치료비암진단특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암", "전립선암" 및 “고액치료비암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 제4조("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암, 제5조("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암, 제6조("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 초기유방암(여성에 한함), 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or

condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 “고액치료비암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 (별표 5) “고액치료비관련암 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 암, 기타피부암 및 전립선암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암, 기타피부암 및 전립선암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 전립선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

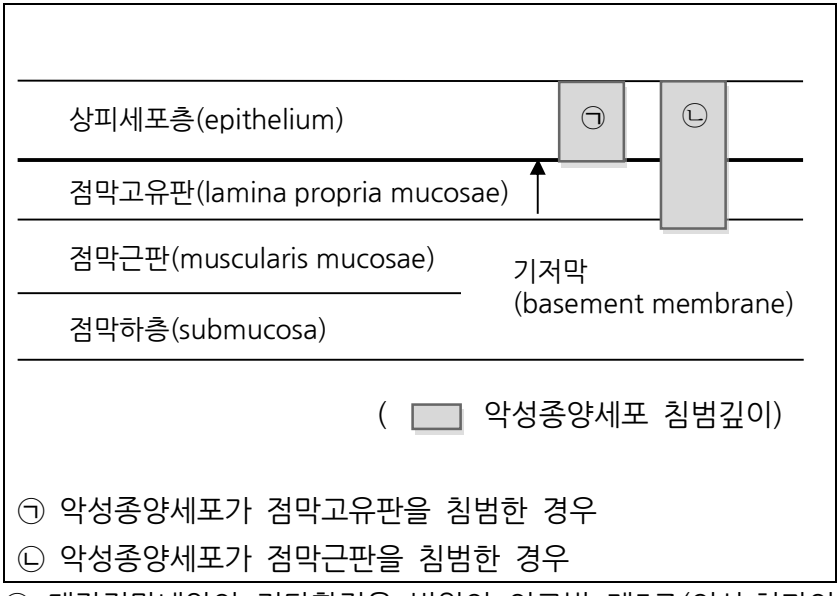
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을

통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② 대장점막내암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 대장점막내암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불

명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 중 중대한 갑상선암을 제외한나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

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

제5조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성 신생물(암)(C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

② "특정갑상선암"이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 갑상선암 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 중대한 갑상선암 및 특정갑상선암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 중대한 갑상선암 및 특정갑상선암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 중대한 갑상선암 및 특정갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

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

제6조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다.(이하 “초기유방암”이라 합니다.)

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma), 침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) * 2개종괴 (two mass)

종괴1(mass 1) - 1.0cm x 1.0cm x 1.0 cm

종괴2(mass 2) - 1.2cm x 1.0cm x 1.0 cm

=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당함으로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size) : 2.0cm x 2.0cm x 1.0cm _ T1

림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis) _ N1mi

=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)

: 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm
유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)
: 3.0cm x 2.0cm x 2.0cm
=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② 초기유방암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 초기유방암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]
「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 초기

유방암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암보장개시일"(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 고액치료비암으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 고액치료비암 진단보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. 다만, 최초 1회의 진단확정에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50% 감액 지급합니다.

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의

보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후에 고액치료비암 이외의 암(기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 피보험자가 이 특약의 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 고액치료비암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 고액치료비암 진단보험금을 지급합니다.

④ 제3항 및 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피

보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 '사망'의 원인 및 '고액치료비암 진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 피보험자가 암보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회

사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

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

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제4항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑦ 제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암", "전립선암" 및 “고액치료비암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조("암", "기타피부암", "전립선암" 및 “고액치료비암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복일)]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한

절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따

라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정

을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 2,500만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
고액치료비암 진단보험금 (제7조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “고액치료비암”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 5,000만원 [1년미만] 2,500만원

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후에 “고액치료비암 이외의 암(기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. 이 특약에서 “고액치료비암”이라 함은 제3조("암", "기타피부암", "전립선암" 및 “고액치료비암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암 중 (별표 5) “고액치료비관련암 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.
5. 위의 보험금 지급기준표의 내용 중 “1년 미만”이란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정

되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암) ※ 다만, 여성에 한하여 초기유방암 제외	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60,C62,C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성 신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97

분류항목	분류코드
18. 진성 적혈구증가증	D45
19. 골수형성이상증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 전립선의 악성 신생물(암, 분류코드 C61)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제5조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정갑상선암”은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제6조(“유방암 중 초기유방암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으

로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

고액치료비관련암 분류표

① 약관에서 규정하는 고액치료비관련암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
골 및 관절연골의 악성 신생물	
1. 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
2. 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	
3. 수막의 악성 신생물	C70
4. 뇌의 악성 신생물	C71
5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	
6. 호지킨림프종	C81
7. 소포성 림프종	C82
8. 비소포성 림프종	C83
9. 성숙T/NK-세포림프종	C84
10. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
11. T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
12. 악성 면역증식성 질환	C88
13. 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
14. 림프성 백혈병	C91
15. 골수성 백혈병	C92
16. 단핵구성 백혈병	C93
17. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
18. 상세불명 세포형의 백혈병	C95

분류항목	분류코드
19. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제22조 제4항 관련)

1. 고액치료비암 진단보험금 (제7조)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항 및 제2항)

기 간	지 급 이 자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과 기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

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

무배당 급성심근경색증진단특약(간편N/갱신형)

약관

이 특약의 약관은 **무배당 급성심근경색증진단특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 급성심근경색증진단특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “급성심근경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로

진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 급성심근경색증 진단보험금(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함) [(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 급성심근경색증으로 진단이 확정될 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 급성심근경색증 진단보험금을 지급합니다.

⑤ 제4항에 의한 진단 확정으로 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에서 정한 바에 따라 계약이 소멸(피보험자의 사망으로 인한 경우를 제외합니다)된 경우에는 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미

지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 급성심근경색증 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 '사망'의 원인, '급성심근경색증 진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 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 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 갱신계약의 경우 “급성심근경색증 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “급성심근경색증 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는

지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

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

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립

이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 판

단할 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금)

제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이

없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법 원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정

하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 14 조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년(갱신할 때 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간)미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하

며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라

계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
급성심근경색증 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 갱신계약의 경우 “급성심근경색증 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “급성심근경색증 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

급성심근경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 '급성심근경색증'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
급성심근경색증	
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

1. 진단보험금 (제4조) 및 계약자적립액(제12조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항)

<table>
<tr><th colspan="2">적립기간</th><th>지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

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

무배당 급성심근경색증진단특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 급성심근경색증진단특약H(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 급성심근경색증진단특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 :
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
      ○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “급성심근경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위

의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급성심근경색증 진단보험금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표”참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 계약일부터 1년 미만에 급성심근경색증으로 진단이 확정될 경우 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증 진단보험금을 지급합니다.

④ 제3항에 의한 진단 확정으로 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제3호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제4항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 급성심근경색증 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 및 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피

보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제5항의 '사망'의 원인 및 급성심근경색증 진단보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "장해분류표"에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 "장해분류표" 상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니

다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, “장해분류표”의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 “장해분류표”상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, “장해분류표”의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ “장해분류표”에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 “장해분류표”의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자

적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」, 「계약자가 계약자적립액 수령」 또는 「계약자가 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제4조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증 진단보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 “추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우”는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제17조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한

절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이

후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규

정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
급성심근경색증 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 “장해분류표” 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해

가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

급성심근경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 '급성심근경색증'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
급성심근경색증	
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제10조 제4항 및 제19조 제4항 관련)

1. 급성심근경색증 진단보험금 (제4조) 계약자적립액(제10조 제4항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 급성심근경색증진단특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 급성심근경색증진단특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 급성심근경색증진단특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 :
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
      ○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “급성심근경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위

의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급성심근경색증 진단보험금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표”참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 계약일부터 1년 미만에 급성심근경색증으로 진단이 확정될 경우 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증 진단보험금을 지급합니다.

④ 제3항 및 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 '사망'의 원인 및 급성심근경색증 진단보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또

는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, “장해분류표”에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 “장해분류표”상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 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 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, “장해분류표”의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 “장해분류표”상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, “장해분류표”의 각 신체부위별

판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ “장해분류표”에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 “장해분류표”의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제4조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증 진단보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제4항의 “추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우”는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑦ 제17조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해

지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연

체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
급성심근경색증 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 “장해분류표” 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해

가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

급성심근경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 '급성심근경색증'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
급성심근경색증	
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제19조 제4항 관련)

1. 급성심근경색증 진단보험금 (제4조)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
급성심근경색증특정혈전제거수술특약
(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 급성심근경색증특정혈전제거수술특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 급성심근경색증특정혈전제거수술특약 (간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융

감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료 납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “급성심근경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학 검사 등의 검사 결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“급여 급성심근경색증 혈전제거수술”의 정의)

이 특약에서 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 5) "급여 급

성심근경색증 혈전제거수술 분류표"에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

제5조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“급여 급성심근경색증 혈전제거수술”의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제4조(“급여 급성심근경색증 혈전제거수술”의 정의)에도 불구하고 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방

법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술 관련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단확정되고, 그 “급성심근경색증”의 직접적인 치료를 목적으로

“급여 급성심근경색증 혈전제거수술”을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급여 급성심근경색증 특정혈전제거수술보험금(다만, 최초 1회에 한함)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이

상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표 상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 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 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 갱신계약의 경우 “급여 급성심근경색증 특정혈전제거수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “급여 급성심근경색증 특정혈전제거수술보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

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

제10조 (보험금 등의 청구)

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에

도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 경우

에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약“의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

4. 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우에는 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이

지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이

율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “급여 급성심근경색증 특정혈전제거수술보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”
$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$
㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

제18조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년(갱신할 때 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할

때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며,

갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제24조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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]

급부명칭	지급사유	지급금액
급여 급성심근경색증 특정혈전제거 수술보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단확정되고, 그 “급성심근경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 갱신계약의 경우 “급여 급성심근경색증 특정혈전제거수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “급여 급성심근경색증 특정혈전제거수술보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인

분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

별첨 "장해분류표" 참조

(별표 4)

급성심근경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 '급성심근경색증'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
급성심근경색증	
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

급여 급성심근경색증 혈전제거수술 분류표

① 약관에서 규정하는 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술”은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-128호, 2025.7.29 시행)」중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-관상동맥	M6638
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-기타혈관	M6639
혈전제거술-심장	O0260
폐동맥혈전제거술	O1950

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

1. 보험금 (제6조), 계약자적립액 (제14조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율
의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율
의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
급성심근경색증특정혈전제거수술특약H
(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 급성심근경색증특정혈전제거수술특약H(간편N)를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 급성심근경색증특정혈전제거수술특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   ○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “급성심근경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학 검사 등의 검사 결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“급여 급성심근경색증 혈전제거수술”의 정의)

이 특약에서 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 5) "급여 급성심근경색증 혈전제거수술 분류표"에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

제5조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“급여 급성심근경색증 혈전제거수술”의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제4조(“급여 급성심근경색증 혈전제거수술”의 정의)에도 불구하고 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내

용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술 관련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단확정되고, 그 “급성심근경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술”을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급여 급성심근경색증 특정혈전제거수술보험금(다만, 최초 1회에 한함)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 1년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표 상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라

장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

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

제10조 (보험금 등의 청구)

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

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등

으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

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

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검

진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한

경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여

드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영

업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
급여 급성심근경색증 특정혈전제거 수술보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단확정되고, 그 “급성심근경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 “장해분류표” 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인

분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

별첨 "장해분류표" 참조

(별표 4)

급성심근경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 '급성심근경색증'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
급성심근경색증	
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

급여 급성심근경색증 혈전제거수술 분류표

① 약관에서 규정하는 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술”은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-128호, 2025.7.29 시행)」중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-관상동맥	M6638
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-기타혈관	M6639
혈전제거술-심장	O0260
폐동맥혈전제거술	O1950

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제4항 관련)

1. 보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제12조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

적립기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
급성심근경색증특정혈전제거수술특약L
(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 급성심근경색증특정혈전제거수술특약L(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 급성심근경색증특정혈전제거수술특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   ○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “급성심근경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학 검사 등의 검사 결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“급여 급성심근경색증 혈전제거수술”의 정의)

이 특약에서 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 5) "급여 급성심근경색증 혈전제거수술 분류표"에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

제5조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“급여 급성심근경색증 혈전제거수술”의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제4조(“급여 급성심근경색증 혈전제거수술”의 정의)에도 불구하고 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내

용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술 관련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단확정되고, 그 “급성심근경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술”을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급여 급성심근경색증 특정혈전제거수술보험금(다만, 최초 1회에 한함)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 1년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표 상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라

장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

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

제10조 (보험금 등의 청구)

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

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등

으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

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

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립

니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
급여 급성심근경색증 특정혈전제거 수술보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단확정되고, 그 “급성심근경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 “장해분류표” 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인

분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

별첨 "장해분류표" 참조

(별표 4)

급성심근경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 '급성심근경색증'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
급성심근경색증	
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

급여 급성심근경색증 혈전제거수술 분류표

① 약관에서 규정하는 “급여 급성심근경색증 혈전제거수술”은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-128호, 2025.7.29 시행)」중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-관상동맥	M6638
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-기타혈관	M6639
혈전제거술-심장	O0260
폐동맥혈전제거술	O1950

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제21조 제4항 관련)

1. 보험금 (제6조)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율
의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율
의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 급여수술(기본)특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 급여수술(기본)특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 급여수술(기본)특약(간편가입/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 4) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 5) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“급여수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 "급여수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 3) “급여수술 분류표”에서 정한 수술코드(이하 ‘수술코드’라 합니다)(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘요양급여 또는 의료급여’라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다)에 해당하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 "수술코드"는 "KDRG"체계로 분류되는 경우에 부여하는 "ADRG" 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

[KDRG(Korean Diagnosis Related Group)]

“KDRG(Korean Diagnosis Related Group)”라 함은 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]

"ADRG(Adjacent DRG)"라 함은 KDRG의 분류과정 중에서 주

진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)에 따라 입원환자를 분류한 다음 그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다. 이 약관에서는 KDRG의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

③ 제1항의 수술코드에서 향후 “ADRG”의 개정으로 동일한 수술에 대해 수술코드가 변경되는 경우 이 특약 체결 시점에서 정한 수술코드를 따릅니다. 다만, 이 특약 체결 시점 이후 “ADRG”가 신규 추가되는 경우 회사는 (별표 3) “급여수술 분류표”의 구분에 준하여 수술코드를 결정합니다.

[예시]
이 특약 체결시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010(KDRG 버전 4.5)이었으나, 피보험자가 간이식 수술을 받은 시점 수술코드가 A080(ex. KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.5) 코드를 받은 것에 준하여 보험금 지급 여부를 판단합니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결 시점에서 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 “급여수술”은 [건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2023-133호, 2023. 07. 13)] 제2부(행위 급여 목록 · 상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy), 감마나

이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료 및 양성자치료는 “급여수술”에 포함하여 보장합니다.

제4조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제3조(“급여수술”의 정의와 장소) 제1항에서 정한 “급여수술”이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여수술 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여수술 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “급여수술 관련 법령”의 개정에 따라 “급여수술”이 폐지되는 경우
2. “급여수술 관련 법령”의 개정에 따라 “급여수술”이 변경되어 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 “급여수술 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 "급여수술"에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 "급여수술 관련 법령"의 개정으로 "급여수술"이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조 (입원의 정의와 장소)

① 이 특약에서 "입원"이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여

병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에서 “당일입원”이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제6조 (통원의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하지 않고 내원하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 급여수술보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해((별표 2) “수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표” 참조, 이하 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원(당일입원 제외)하여 “급여수술”을 받았을 경우

   : 입원(당일입원 제외) 급여수술보험금(입원 1회당 1회 한도)(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병

및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 “급여수술”을 받았을 경우
: 통원(당일입원 포함) 급여수술보험금(통원 1회당 1회 한도, 수술코드당 연간 3회 한도)
(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 5) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 보험료 납입이 면제된 이후 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 수술코드당 연간 3회를 한도로 해당 급여수술보험금을 지급합니다. 다만, “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

⑤ 피보험자가 1회의 입원 중 2가지 이상의 수술을 받고 퇴원하더라도 피보험자의 퇴원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 급여수술보험금을 지급합니다. 또한, 피보험자가 1회의 통원 중 2가지 이상의 수술을 받은 경우 피보험자의 통원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 급여수술보험금을 지급합니다.

[설명]

ADRG는 1회의 입원기간 중 2가지 이상의 수술을 받더라도 KDRG에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. ADRG는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 KDRG에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.

[예시]

피보험자가 입원을 하고 '치료적 자궁소파술(N141)'과 '복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)'을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 외과적 우선순위에 따라 생성되는 ADRG는 '복강경을 이용한 주요자궁절제술(악성종양 제외)(N021)'입니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금이 가장 높은 하나의 수술코드에 한하여 급여수술보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 동일한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을

받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑧ 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보장합니다.

⑨ 제5항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술(수술코드상 J051 또는 J052)과 유방절제술(수술코드상 J061 또는 J062를 말하며, J063은 제외)을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술이 아니라 유방절제술에 해당하는 수술코드가 발생한 것으로 보아 해당 급여수술보험금만 지급합니다. 다만, 그 수술코드(유방절제술)로 통원(당일입원 포함) 급여수술보험금을 지급받은 보장횟수가 연간 3회를 초과하는 경우에는 해당 급여수술보험금을 지급하지 않습니다.

[설명]
피보험자가 입원을 하고 유방재건술(J051)과 유방절제술(J061)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 유방재건술(J051)입니다. 다만, 이 경우 회사는 제9항에 따라 유방재건술(J051)에 해당되는 급여수술보험금이 아니라 유방절제술(J061)에 해당하는 급여수술보험금을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 시술명 등으로 이 보장에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우에 한하여 회사는 제3조(“급여수술”의 정의와 장소) 제1항에서 정한 “급여수술”

에 포함하여 보장합니다.

⑪ 제6항에도 불구하고 제10항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 요양급여 또는 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 급여수술보험금과 제10항의 수술코드에 해당하는 급여수술보험금을 각각 지급합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑬ 제12항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 제1항의 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 결정합니다.

⑰ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준

에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑱ 제17항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑲ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑳ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉑ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉒ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비 세부산정내역서, 입원치료확인서, 통원치료확인서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 진료비영수증, 사망진단서, 장해진단서 등)
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된

전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 수령, 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라

하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제14조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 특약의 해지 또는 보장

을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제22조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약“의 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 최초계약 으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되

지 않는 경우

이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제22조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑩ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

제16조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제18조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제19조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의

보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를

납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제22조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한

경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제25조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭		지급사유	지급금액
급여 수술보험금	입원 (당일입원 제외) 급여수술보험금 (제7조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 2일이상 입원(당일입원 제외)하여 “급여수술”을 받았을 경우(입원 1회당 1회 한도)	20만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)
	통원 (당일입원 포함) 급여수술보험금 (제7조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 “급여수술”을 받았을 경우 (통원 1회당 1회 한도, 수술코드당 연간 3회 한도)	10만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최

초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2. 제1호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
4. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

(별표 2)

수술 보장 대상 질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 수술 보장 대상 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 수술 보장 대상 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 다음의 '가~마'에 해당하는 사항
  가. 정신 및 행동장애(F04~F99)
  나. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
  다. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)
  라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
  마. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
② 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우
③ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
④ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑤ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
⑥ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

(주)
1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가

진단)재해의 경우 발생)된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결 시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 “수술 보장 대상 질병 및 재해”로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결 시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 “수술 보장 대상 질병 및 재해”로 판단하지 않습니다.

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

(별표 3)

급여수술 분류표

〈보장 대상 수술코드〉

대분류명	수술명	수술코드
간 이식	간 이식	A010
폐 이식	폐 이식	A020
심장 이식	심장 이식	A030
췌장 이식	췌장 이식	A040
소장 이식	소장 이식	A050
조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062
신장 이식	신장 이식	A070
체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080
기관 절개술	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093

	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096
사지 이식	사지 이식	A100
뇌동맥류 수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017
	뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018
뇌혈관 수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022

	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024
	경피적 뇌혈관 수술(협착 · 폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027
혈종제거술 및 기타 개두술(외상 제외)	혈종제거술(외상 제외)	B031
	두개내 감압술(외상 제외)	B032
	두개골 성형술(외상 제외)	B033
두개외 혈관수술	두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041
	두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042
	경피적 두개외 혈관수술	B043
뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050
뇌종양 절제술	복잡 천막상부 종양절제술	B061
	단순 천막상부 종양절제술	B062
	복잡 천막하부 종양절제술	B063
	단순 천막하부 종양절제술	B064
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065
	경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066
신경계 신경자극기 설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070
뇌전증 수술	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082

정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096
뇌신경 수술	뇌신경 수술	B100
뇌척수액 우회로조성술	뇌척수액 우회로조성술	B110
외상 개두술	혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121
	혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122
	혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123
	두개내 감압술(외상 관련)	B124
	두개골 성형술(외상 관련)	B125
기타 개두술	기타 개두술	B130
천두술	천두술(경막하 또는 경막외)	B141
	천두술(뇌내)	B142
	천두술(기타)	B143
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	B151

	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	B161
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	B171
	척추고정술(척수병증 미동반)	B172
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191

	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192
기타 신경계 수술	주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201
	기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202
	수근관 이완술	B203
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204
	기타 신경계 수술	B205
복잡 척추수술	복잡 척추고정술	B211
	복잡 척추후궁절제술	B212
안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	C011
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013
	후안부 관통상 수술	C014
안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	C021
	복잡 안와 수술, 양쪽	C022
	단순 안와 수술	C023
안구 수술(종양 수술 포함)	안구 수술(종양 수술 포함)	C030
망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044

	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046
안구 표면재건술	주요 각막이식수술	C051
	기타 각막이식수술	C052
	공막 및 각막윤부이식수술	C053
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062
	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064
수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071
	기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072
	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073
후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	C080
녹내장 수술	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091

	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092
	단순 녹내장 수술	C095
기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101
	기타 단순 안구내 수술	C102
사시 수술	복잡 사시 수술	C111
	단순 사시 수술	C112
안검 수술	복잡 안검 수술, 제 1 형	C121
	복잡 안검 수술, 제 2 형	C122
	복잡 안검 수술, 제 3 형	C123
	주요 안검 수술, 제 1 형	C124
	주요 안검 수술, 제 2 형	C125
	주요 안검 수술, 제 3 형	C126
	기타 안검 수술	C127
눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136
결막 수술	결막낭 재건술	C141
	복잡 결막 수술	C142
	단순 결막 수술	C143
기타 안구외 수술	기타 안구외 수술	C150
내이 수술	귀 이식술	D011

	주요 내이 수술	D012
	단순 내이 수술	D013
중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021
	유양돌기 수술	D022
	고실 수술	D023
	이소골 재건술	D024
	등골수술	D025
	환기관삽입 고막절개술	D026
외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031
	단순 외이 및 귀 수술	D032
귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042
부비동 개방 수술	부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051
	부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052
	부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053
	부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054
내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066

	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068
코 수술	주요 코 수술	D081
	비중격 및 비갑개수술	D082
	단순 코 수술	D083
구강 및 타액선 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090
후두 및 인두 악성종양 수술	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102
경부림프절절제술	경부림프절절제술, 한쪽	D111
	경부림프절절제술, 양쪽	D112
안면골 수술	악관절 수술	D121
	주요 안면골 수술	D122
	단순 안면골 수술	D123
두경부 재건술	두경부 재건술	D130
타액선 수술	이하선수술	D141
	악하선 및 설하선 수술	D142
	기타 타액선 수술	D143
	타석제거술	D144
경부 수술	경부 수술	D150
편도 및 아데노이드 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162

구강, 인후두 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172
기타 이비인후, 구강 질환 수술	기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200
주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011
	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013
	기타 폐 수술	E014
	종격동 수술	E015
	주요 흉곽 수술	E016
	기타 흉곽 수술	E017
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019
기관지경 및 방사선하 수술	기관지경 및 방사선하 수술	E020
기타 호흡기계 수술	수면무호흡증후군 수술	E032
	호흡기계 기타 단순 수술	E033
	기타 호흡기계 수술	E034
폐농양 배액술	폐농양 배액술	E520
흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530
자동체내제세동기 시술	자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	F011
	자동체내제세동기 교정술	F012
심장판막 수술(심도자술 사용)	대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022
	폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023

심장판막 수술(심도자술 미사용)	대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032
	폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033
관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044
기타 심흉부 수술	심장 중격결손증 수술	F051
	기타 복잡 심장 기형 교정술	F052
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054
주요 혈관 복구 수술(인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062

	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063
주요 혈관 복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073
대동맥 경피적 수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081
	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083
	대동맥박리 경피적 수술	F084
정맥 및 대정맥 경피적 수술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092
경도관 심장 결손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112

급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136
부정맥의 경피적 수술(3 차원 지도화 기능 포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F141
	심방세동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F142

	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F143
부정맥의 경피적 수술(3 차원 지도화 기능 미포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F151
	심방세동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F152
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F153
경피적 풍선 판막성형술	경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161
	경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162
선천성 심장병 협착 질환의 경피적 수술	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술	F173
혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182
말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193

	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195
기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 설치술	F211
	영구적 심박조율기 교환술	F212
	심박조율기 제거 및 전환술	F213
기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220
순환 장애 절단술(수족부 제외)	순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230
순환 장애 수족부 절단술	순환 장애 수족부 절단술	F240
정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 국소 절제술	F252
	정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253
	정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254
기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260
식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011
	기타 주요 식도 수술	G012
	기타 단순 식도 수술	G013
직장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022
직장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031

	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032
경항문 및 경천골 접근 직장절제술	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041
	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042
주요 십이지장 수술	주요 십이지장 수술	G050
식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060
위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071
	개복에 의한 위전절제술	G072
위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081
	개복에 의한 위아전절제술	G082
기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091
	개복에 의한 기타 위절제술	G092
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094
소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102
기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112
결장 및 직장 전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121

	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122
결장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132
결장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142
기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152
소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172
	장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173
장루 수술	장루 수술	G180
횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202

	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204
충수절제술	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211
	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224
서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241

복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253
복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260
치핵 수술	주요 치핵 수술	G271
	단순 치핵 수술	G272
항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281
	단순 항문 주위 농양 수술	G282
치루 수술	주요 치루 수술	G291
	단순 치루 수술	G292
치열 수술 및 항문협착증 수술	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300
경항문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311
	직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312
화농성한선염 수술	화농성한선염 수술	G320
기타 소화기계 수술	기타 소화기계 수술	G332

소화기계 질환의 혈관색전술	소화기계 질환의 혈관색전술	G340
위내시경 시술	위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503
	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504
	위내시경 시술, 당일퇴원	G505
결장경 시술	결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523
	결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524
	결장경 시술, 당일퇴원	G525
구불결장경 시술	구불결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G533
	구불결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G534
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	G540
소장내시경 시술	소장내시경 시술	G550
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560
소화기계 질환의 경피적 배액술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570
간담도췌장 복합수술	간담도췌장 복합수술	H010
간담도 복합수술	주요 간담도 복합수술	H021
	기타 간담도 복합수술	H022

담도췌장 복합수술	담도췌장 복합수술	H030
간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044
간 수술	복강경을 이용한 간 수술	H051
	개복에 의한 간 수술	H052
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060
담도 절제술(림프절 절제 동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072
담도 절제술(림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082
주요 담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092
담낭절제술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102

	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108
췌장절제술	복강경을 이용한 췌장절제술	H111
	개복에 의한 췌장절제술	H112
췌장 수술	복강경을 이용한 췌장 수술	H121
	개복에 의한 췌장 수술	H122
기타 간담도 및 췌장 시술	역행성담췌관내시경 시술	H142
	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143
	기타 간담도 및 췌장 수술	H144

	경피적 담관경 시술	H145
	경피적 담관 시술	H146
간담도 및 췌장의 경피적시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152
	담도협착을 위한 경피적 시술	H154
	담석제거를 위한 경피적 시술	H155
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500
간암의 경피적 치료술	간암의 경피적 치료술	H510
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012
고관절 재치환술 및 치환술	고관절 전재치환술	I021
	고관절 전치환술	I022
	고관절 부분치환술	I023
슬관절 재치환술 및 치환술	슬관절 전재치환술	I031
	슬관절 전치환술	I032
	슬관절 부분치환술	I033

기타 관절 재치환술 및 치환술	기타 관절 전재치환술	I041
	기타 관절 전치환술	I042
	기타 관절 부분치환술	I043
	인공관절삽입물 제거술	I044
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	I061
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	I071
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	I081
	척추고정술(척수병증 미동반)	I082
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085

	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102
절단술	주요 절단술	I111
	기타 절단술	I112
골종양의 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123
	골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124
골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131
	골수염 및 농양 수술(기타)	I132
	근농양 배농술	I133

고관절 및 대퇴부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142
상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	I160
단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	I171
	단단성형술(수족지)	I172
견부 수술	회전근개 수술	I181
	관절와순 수술	I182
	복수 진단 견부 수술	I183
	기타 견부 수술	I184
슬부 수술	십자인대 수술	I191
	반달연골 수술, 양쪽	I192
	반달연골 수술, 한쪽	I193
	기타 슬관절 수술	I194
주관절 및 전완부 수술	주관절 및 전완부 수술	I200
족부 및 족관절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211
	족관절 골연골 병변 수술	I212
	기타 족부 및 족관절 수술	I213
체내고정장치 제거술	체내고정장치 제거술	I220
완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	I251
	단순 완관절 및 수부 수술	I252
미세혈관 조직이식 및 피부이식	미세혈관 조직이식	I261
	기타 피판술	I262
	피부 및 지방 이식술	I263
연조직 수술	복잡한 연조직 수술	I271
	주요 연조직 수술	I272

	단순 연조직 수술	I273
기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	I281
	대퇴부 골절 수술	I282
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283
	족관절 및 족부 골절 수술	I284
	견부 및 상완골 골절 수술	I285
	전완부 골절 수술	I286
	수부 골절 수술	I287
기타 결합조직 수술	기타 결합조직 수술	I290
복잡 인공관절치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302
	복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절,주관절,족관절)	I303
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절,슬관절)	I304
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절,주관절,족관절)	I305
	복잡 인공관절부분치환술	I306
복잡 척추 수술	복잡 척추고정술	I311
	복잡 척추후궁절제술	I312
복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321
	복잡 관절고정술	I322
	복잡 사지관절절제술	I323
	복잡 가관절수술	I324

	복잡 반월판연골절제술	I325
	복잡 회전근개 수술	I326
복잡 근골격계 염증성 질환수술	복잡 화농성관절염절개술	I331
	복잡 골수염 및 농양수술	I332
근골격계 질환의 경피적 배액술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우)	피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외)	피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032
기타 피부, 피하조직수술	피부 및 연조직 악성종양 절제술	J041
	피부 및 연조직 수술	J042
	기타 피부, 피하조직수술	J043
유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051
	보형물을 이용한 유방재건술	J052
주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062
	유방절제술(악성종양 제외)	J063
단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071

	절개에 의한 단순 유방 수술	J072
액와 수술	액와 림프 수술	J080
기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090
항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100
교감신경절제술	교감신경절제술	J110
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012
뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021
	복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023
	단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024
부신 수술	복강경을 이용한 부신수술	K031
	개복에 의한 부신수술	K032
내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043
부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052
주요 갑상선 악성 종양 수술	주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063

	주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075
	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076
기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080
기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490
복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021
	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025
	전립선 신생물 수술	L026
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027
신장 및 신우 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033

	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034
요관 수술	요관 수술	L040
방광 수술	개복에 의한 방광 수술	L051
	경피적 방광 수술	L052
	경요도 방광 수술	L053
전립선 수술	전립선 수술	L060
요도 수술	주요 요도 수술	L071
	요도경하 요도 수술	L072
	기타 요도 수술	L073
	복잡 요실금 수술	L074
	단순 요실금 수술	L075
요로 결석 수술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082
	경요도적 요관 결석 수술	L083
	방광 및 요도 결석 수술	L084
	연성내시경하 수술	L085
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102
요로 질환 수술	경요도 요로 질환 수술	L111
	외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112

기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120
기타 신장 및 비뇨기계 시술	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134
방광요도경 시술	방광요도경 시술	L510
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530
남성 골반 수술	남성 골반 수술	M010
전립선 적출술	주요 전립선 적출술	M021
	기타 전립선 적출술	M022
기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030
음경 수술	복잡 음경 수술	M041
	단순 음경 수술	M042
	페이로니 병 수술	M043
포경 수술	포경수술	M050
요도 수술	주요 요도 수술	M061
	단순 요도 수술	M062
음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071
	단순 음낭 수술	M072

고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082
	단순 고환 수술	M083
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091
	개복에 의한 정계정맥류	M092
	고환 및 생식기 적출술	M093
기타 남성생식기계 시술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102
방광요도경 시술	방광요도경 시술	M500
자궁 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012
주요 자궁절제술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021
	개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N022
단순 자궁 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031
	개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032
난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041

	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042
난소 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051
	개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052
부속기 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061
	개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081
	자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082
기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091
	개복에 의한 기타 골반 수술	N092
주요 여성생식기계 복원술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101
	개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102
기타 여성생식기계 복원술	기타 여성생식기계 복원술	N110

복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121
자궁경 수술	자궁경 수술	N130
자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141
기타 여성생식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161
	개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162
여성생식기계 경피적 혈관 수술	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180
제왕절개분만(단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	O011
	고위험 제왕절개분만(단태아)	O012
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013
제왕절개분만(다태아)	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022
	일반 제왕절개분만(다태아)	O023
	고위험 제왕절개분만(다태아)	O024
자궁외 임신 주요 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082
자궁외 임신 기타 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092

자궁경관봉축술	치료적 자궁경관봉축술	O102
분만 및 유산 후 관련 장애(수술 시행)	분만 및 유산 후 관련 장애(수술 시행)	O110
자궁소파술 및 흡인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	O120
분만 및 유산 관련 자궁적출술	분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130
분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술	O141
산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	O142
비장 절제술	소아의 비장 절제술	Q011
	성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012
	성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013
림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010
기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040

다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	W050
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011
	하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021
	수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030
하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술	X041
	하지 손상의 기타 수술	X042
수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술	X051
	수부 손상의 기타 수술	X052
기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060
중증 화상(피부 이식 동반)	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010
중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020

주)

1. 상기의 수술코드는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 “KDRG”체계로 분류되는 경우에 부여하는 “ADRG” 중 회사가 정한 코드를 말합니다.
2. KDRG 버전4.5의 “ADRG”중 다음의 “ADRG”는 보장하지 않습니다.
   ① 'ADRG'에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3 번째 자리에 해당하는 숫자가 '60~99'에 해당하는 경우

[예시]

"ADRG"가 "B601"의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3 번째 자리에 해당하는 숫자가 60'이므로 보장에서 제외됩니다.

② KDRG 버전4.5에서 규정한 'Error DRG' 및 '960 DRG'

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ 'Error DRG'이라 함은 주진단 범주(MDC)와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

[예시]

거미막하출혈로 진단받고 경피적심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG 가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

- '960 DRG'이라 함은 'Error DRG'는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다.

③ <보장대상 수술코드>에서 정한 수술에 해당하지 않는 사항

3. 이 특약에서 수술코드 및 ADRG 는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.5(2023.1.1기준)에서 정의된 ADRG 코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제 2023-133 호, 2023.07.13.)에서 정의된 진료행위코드 및 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG 코드 및 진료행위코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG 코드 및 진료행위코드, 분류번호에 준하여 수술코드 및 ADRG 를 결정합니다.
4. 주1에도 불구하고 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 '수술코드'를 확인할 수 있는 경우도 포함합니다.

(별표 4)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로

재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제15조 제5항 및 제24조 제2항 관련)

1. 급여수술보험금 (제7조), 계약자적립액 (제15조 제5항)

적 립 기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제24조 제1항)

<table>
<tr><th>적 립 기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 급여수술(방법)특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 급여수술(방법)특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 급여수술(방법)특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 5) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 6) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“급여수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 "급여수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 3) “급여수술 분류표”에서 정한 수술코드(이하 ‘수술코드’라 합니다)(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘요양급여 또는 의료급여’라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다)에 해당하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 "수술코드"는 "KDRG"체계로 분류되는 경우에 부여하는 "ADRG" 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

[KDRG(Korean Diagnosis Related Group)]

“KDRG(Korean Diagnosis Related Group)”라 함은 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]

"ADRG(Adjacent DRG)"라 함은 KDRG의 분류과정 중에서 주

진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)에 따라 입원환자를 분류한 다음 그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다. 이 약관에서는 KDRG의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

③ 제1항의 수술코드에서 향후 “ADRG”의 개정으로 동일한 수술에 대해 수술코드가 변경되는 경우 이 특약 체결 시점에서 정한 수술코드를 따릅니다. 다만, 이 특약 체결 시점 이후 “ADRG”가 신규 추가되는 경우 회사는 (별표 3) “급여수술 분류표”의 구분에 준하여 수술코드를 결정합니다.

[예시]
이 특약 체결시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010(KDRG 버전 4.5)이었으나, 피보험자가 간이식 수술을 받은 시점 수술코드가 A080(ex. KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.5) 코드를 받은 것에 준하여 보험금 지급 여부를 판단합니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결 시점에서 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 “급여수술”은 [건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2023-133호, 2023. 07. 13)] 제2부(행위 급여 목록 · 상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy), 감마나

이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료 및 양성자치료는 “급여수술”에 포함하여 보장합니다.

제4조 (“수술방법별 급여수술”의 정의)

이 특약에서 “수술방법별 급여수술”이라 함은 제3조(“급여수술”의 정의와 장소) 제1항에서 정한 “급여수술” 중 (별표 4) “수술방법별 급여수술 분류표”에서 정한 수술코드에 해당하는 아래의 행위를 말합니다.

구분	지급사유
주요급여수술1 (장기이식, 뇌 및 심장 주요수술)	‘장기이식수술’, ‘뇌 주요수술’, ‘심장 주요수술’
주요급여수술2 (폐, 위 및 대장 절제술, 간담췌 복합수술 등)	‘기관 및 기관지 수술’, ‘주요 폐 및 흉곽, 종격동 수술’, ‘흉강경을 이용한 수술’, ‘식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술’, ‘위절제술’, ‘대장절제술’, ‘간담췌 복합수술’, ‘간 절제술’, ‘담도악성종양 절제술’, ‘췌장 절제술(농양절개술 및 쐐기절제 제외)’, ‘유방암 절제술’, ‘비뇨기계 및 골반 신생물 수술’, ‘남성 생식기 적출술’, ‘악성종양 자궁 난소 수술’, ‘골악성종양 절제술’, ‘귀, 코, 구강 등 이비인후과 악성종양수술’, ‘절단술’, ‘뇌 및 심장 기타수술’, ‘주요 혈

	관 복구 수술’
주요급여수술3 (소장 절제술, 여성생식기 악성종양 수술, 뇌동맥류 색전술 및 뇌의 경피적 수술 등)	‘기타 주요 식도 수술’, ‘위 절제술(림프절청소 포함하지 않음)’, ‘결장 절제술(림프절청소 포함하지 않음)’, ‘소장 절제술’, ‘간담도 부분절제’, ‘간 부분절제’, ‘간담도계 질환 단락술’, ‘담도 절제술(림프절 절제 미동반)’, ‘담도 수술’, ‘기타 비뇨기계 및 골반 신생물 수술’, ‘여성생식기(자궁경부, 질, 외음부) 악성종양 수술’, ‘뇌동맥류 색전술 및 뇌의 경피적 수술’, ‘중추신경계의 정위수술’, ‘척수 및 척추 종양절제술’, ‘척추고정술(척추변형)’, ‘다발성 중요외상 및 중증 화상 수술’, ‘ECMO(개심술 미동반)’, ‘이식형 청각보조장치 수술’, ‘기타 폐 수술’, ‘식도 정맥류 수술’, ‘간암의 경피적 치료술 및 경피적 혈관 시술’
주요급여수술4 (충수(맹장)수술, 자궁외 임신수술, 관절 치환술 등)	‘충수(맹장) 수술’, ‘담낭(쓸개) 수술’, ‘기타 췌장 수술’, ‘비뇨기 수술’, ‘비장 절제술’, ‘자궁 외 임신 수술’, ‘관절 치환술’, ‘소화성 궤양수술’, ‘기타 대장 수술’, ‘횡격막 탈장 수술’, ‘비뇨기 결석수술’, ‘복잡고환 수술’, ‘다발성 중요 외상 기타 수술’, ‘기타 단순 수술’, ‘혈관부착 골피부판 이식

	및 사지 재접합술', '척추고정술(척추 변형외)', '기타 위 및 식도 수술', '부신수술'

제5조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제3조("급여수술"의 정의와 장소) 제1항에서 정한 "급여수술"이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 "급여수술 관련 법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 "급여수술 관련 법령"에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. "급여수술 관련 법령"의 개정에 따라 "급여수술"이 폐지되는 경우
2. "급여수술 관련 법령"의 개정에 따라 "급여수술"이 변경되어 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 "급여수술 관련 법령"의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제8조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 "급여수술"에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 "급여수술 관련 법령"의 개정으로 "급여수술"이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 "입원"이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병

원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 (통원의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하지 않고 내원하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 급여수술보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]를 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해((별표 2) “수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표” 참조, 이하 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “주요급여수술1(장기이식, 뇌 및 심장 주요수술)”을 받은 경우

   : 주요급여수술1 급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회 한, 수술코드당 연간 1회 한도)

   (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일

1회의 통원에 한함)하여 “주요급여수술2(폐, 위 및 대장 절제술, 간담췌 복합수술 등)”을 받은 경우

: 주요급여수술2 급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회 한, 수술코드당 연간 1회 한도)

(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “주요급여수술3(소장 절제술, 여성생식기 악성종양 수술, 뇌동맥류 색전술 및 뇌의 경피적 수술 등)”을 받은 경우

: 주요급여수술3 급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회 한, 수술코드당 연간 1회 한도)

(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “주요급여수술4(충수(맹장)수술, 자궁 외 임신 수술, 관절 치환술 등)”을 받은 경우

: 주요급여수술4 급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회 한, 수술코드당 연간 1회 한도)

(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 6) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 보험료 납입이 면제된 이후 제20조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제8조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제4호의 경우 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제8조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제4호의 경우 각각 연간 1회를 한도로 해당 급여수술보험금을 지급합니다. 다만, “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

⑤ 피보험자가 1회의 입원 중 2가지 이상의 수술을 받고 퇴원하더라도 피보험자의 퇴원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 급여수술보험금을 지급합니다. 또한, 피보험자가 1회의 통원 중 2가지 이상의 수술을 받은 경우 피보험자의 통원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 급여수술보험금을 지급합니다.

[설명]

ADRG는 1회의 입원기간 중 2가지 이상의 수술을 받더라도 KDRG에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. ADRG는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 KDRG에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.

[예시]

피보험자가 입원을 하고 '치료적 자궁소파술(N141)'과 '복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)'을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 외과적 우선순위에 따라 생성되는 ADRG는 '복강경을 이용한 주요자궁절제술(악성종양 제외)(N021)'입니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 제8조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금이 가장 높은 하나의 수술코드에 한하여 급여수술보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 동일한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑧ 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보장합니다.

⑨ 제5항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자

가 유방재건술(수술코드상 J051 또는 J052)과 유방절제술(수술코드상 J061 또는 J062를 말하며, J063은 제외)을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술이 아니라 유방절제술에 해당하는 수술코드가 발생한 것으로 보아 해당 급여수술보험금만 지급합니다. 다만, 그 수술코드(유방절제술)로 수술방법별 급여수술보험금을 지급받은 보장횟수가 연간 1회를 초과하는 경우에는 해당 급여수술보험금을 지급하지 않습니다.

[설명]
피보험자가 입원을 하고 유방재건술(J051)과 유방절제술(J061)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 유방재건술(J051)입니다. 다만, 이 경우 회사는 제9항에 따라 유방재건술(J051)에 해당되는 급여수술보험금이 아니라 유방절제술(J061)에 해당하는 급여수술보험금을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 시술명 등으로 이 보장에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우에 한하여 회사는 제3조(“급여수술”의 정의와 장소) 제1항에서 정한 “급여수술”에 포함하여 보장합니다.

⑪ 제6항에도 불구하고 제10항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 요양급여 또는 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 급여수술보험금과 제10항의 수술코드에 해당하는 급여수술보험금을 각각 지급합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단

에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑬ 제12항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 제1항의 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 결정합니다.

⑰ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑱ 제17항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑲ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생

장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑳ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉑ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉒ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비 세부산정내역서, 입원치료확인서, 통원치료확인서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 진료비영수증, 사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 수령, 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제12조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제23조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약“의 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 최초계약

으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이

외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제20조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)

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

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제23조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑩ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

제17조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연

단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제19조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제20조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조

(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제21조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제22조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제23조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제22조(보험료의 납입이 연체

되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제25조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영

업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제26조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭		지급사유	지급금액
급여 수술보험금	주요급여수술1 급여수술보험금 (제8조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 '주요급여수술1(장기이식, 뇌 및 심장 주요수술)'을 받은 경우(입원 또는 통원 1회당 1회한, 수술코드당 연간 1회 한도)	1회당 1,000만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)
	주요급여수술2 급여수술보험금 (제8조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 '주요급여수술2(폐, 위 및 대장 절제술, 간담췌 복합수술 등)'을 받은 경우 (입원 또는 통원 1회당 1회한, 수술코드당 연간 1회 한도)	1회당 600만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)
	주요급여수술3 급여수술보험금 (제8조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해의 직접적인 치	1회당 200만원 (다만, 최초계약의

급부명칭		지급사유	지급금액
		료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 '주요급여수술3(소장 절제술, 여성생식기 악성종양 수술, 뇌동맥류 색전술 및 뇌의 경피적 수술 등)'을 받은 경우(입원 또는 통원 1회당 1회한, 수술코드당 연간 1회 한도)	보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)
	주요급여수술4 급여수술보험금 (제8조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 '주요급여수술4(충수(맹장)수술, 자궁 외 임신 수술, 관절 치환술 등)'을 받은 경우(입원 또는 통원 1회당 1회한, 수술코드당 연간 1회 한도)	1회당 100만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 제1호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제20조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
4. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의

기간을 의미합니다.

(별표 2)

수술 보장 대상 질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 수술 보장 대상 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 수술 보장 대상 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 다음의 '가~마'에 해당하는 사항
  가. 정신 및 행동장애(F04~F99)
  나. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
  다. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)
  라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
  마. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
② 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우
③ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
④ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑤ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
⑥ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

(주)
1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가

진단)재해의 경우 발생)된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 “수술 보장 대상 질병 및 재해”로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 “수술 보장 대상 질병 및 재해”로 판단하지 않습니다.

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

(별표 3)

급여수술 분류표

〈보장 대상 수술코드〉

대분류명	수술명	수술코드
간 이식	간 이식	A010
폐 이식	폐 이식	A020
심장 이식	심장 이식	A030
췌장 이식	췌장 이식	A040
소장 이식	소장 이식	A050
조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062
신장 이식	신장 이식	A070
체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080
기관 절개술	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093

	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096
사지 이식	사지 이식	A100
뇌동맥류 수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017
	뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018
뇌혈관 수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022

	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024
	경피적 뇌혈관 수술(협착 · 폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027
혈종제거술 및 기타 개두술(외상 제외)	혈종제거술(외상 제외)	B031
	두개내 감압술(외상 제외)	B032
	두개골 성형술(외상 제외)	B033
두개외 혈관수술	두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041
	두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042
	경피적 두개외 혈관수술	B043
뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050
뇌종양 절제술	복잡 천막상부 종양절제술	B061
	단순 천막상부 종양절제술	B062
	복잡 천막하부 종양절제술	B063
	단순 천막하부 종양절제술	B064
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065
	경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066
신경계 신경자극기 설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070
뇌전증 수술	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082

정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096
뇌신경 수술	뇌신경 수술	B100
뇌척수액 우회로조성술	뇌척수액 우회로조성술	B110
외상 개두술	혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121
	혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122
	혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123
	두개내 감압술(외상 관련)	B124
	두개골 성형술(외상 관련)	B125
기타 개두술	기타 개두술	B130
천두술	천두술(경막하 또는 경막외)	B141
	천두술(뇌내)	B142
	천두술(기타)	B143
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	B151

	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	B161
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	B171
	척추고정술(척수병증 미동반)	B172
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191

	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192
기타 신경계 수술	주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201
	기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202
	수근관 이완술	B203
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204
	기타 신경계 수술	B205
복잡 척추수술	복잡 척추고정술	B211
	복잡 척추후궁절제술	B212
안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	C011
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013
	후안부 관통상 수술	C014
안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	C021
	복잡 안와 수술, 양쪽	C022
	단순 안와 수술	C023
안구 수술(종양 수술 포함)	안구 수술(종양 수술 포함)	C030
망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044

	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046
안구 표면재건술	주요 각막이식수술	C051
	기타 각막이식수술	C052
	공막 및 각막윤부이식수술	C053
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062
	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064
수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071
	기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072
	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073
후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	C080
녹내장 수술	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091

	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092
	단순 녹내장 수술	C095
기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101
	기타 단순 안구내 수술	C102
사시 수술	복잡 사시 수술	C111
	단순 사시 수술	C112
안검 수술	복잡 안검 수술, 제 1 형	C121
	복잡 안검 수술, 제 2 형	C122
	복잡 안검 수술, 제 3 형	C123
	주요 안검 수술, 제 1 형	C124
	주요 안검 수술, 제 2 형	C125
	주요 안검 수술, 제 3 형	C126
	기타 안검 수술	C127
눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136
결막 수술	결막낭 재건술	C141
	복잡 결막 수술	C142
	단순 결막 수술	C143
기타 안구외 수술	기타 안구외 수술	C150
내이 수술	귀 이식술	D011

	주요 내이 수술	D012
	단순 내이 수술	D013
중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021
	유양돌기 수술	D022
	고실 수술	D023
	이소골 재건술	D024
	등골수술	D025
	환기관삽입 고막절개술	D026
외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031
	단순 외이 및 귀 수술	D032
귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042
부비동 개방 수술	부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051
	부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052
	부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053
	부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054
내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066

	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068
코 수술	주요 코 수술	D081
	비중격 및 비갑개수술	D082
	단순 코 수술	D083
구강 및 타액선 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090
후두 및 인두 악성종양 수술	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102
경부림프절절제술	경부림프절절제술, 한쪽	D111
	경부림프절절제술, 양쪽	D112
안면골 수술	악관절 수술	D121
	주요 안면골 수술	D122
	단순 안면골 수술	D123
두경부 재건술	두경부 재건술	D130
타액선 수술	이하선수술	D141
	악하선 및 설하선 수술	D142
	기타 타액선 수술	D143
	타석제거술	D144
경부 수술	경부 수술	D150
편도 및 아데노이드 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162

구강, 인후두 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172
기타 이비인후, 구강 질환 수술	기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200
주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011
	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013
	기타 폐 수술	E014
	종격동 수술	E015
	주요 흉곽 수술	E016
	기타 흉곽 수술	E017
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019
기관지경 및 방사선하 수술	기관지경 및 방사선하 수술	E020
기타 호흡기계 수술	수면무호흡증후군 수술	E032
	호흡기계 기타 단순 수술	E033
	기타 호흡기계 수술	E034
폐농양 배액술	폐농양 배액술	E520
흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530
자동체내제세동기 시술	자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	F011
	자동체내제세동기 교정술	F012
심장판막 수술(심도자술 사용)	대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022
	폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023

심장판막 수술(심도자술 미사용)	대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032
	폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033
관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044
기타 심흉부 수술	심장 중격결손증 수술	F051
	기타 복잡 심장 기형 교정술	F052
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054
주요 혈관 복구 수술(인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062

	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063
주요 혈관 복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073
대동맥 경피적 수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081
	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083
	대동맥박리 경피적 수술	F084
정맥 및 대정맥 경피적 수술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092
경도관 심장 결손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112

급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136
부정맥의 경피적 수술(3 차원 지도화 기능 포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F141
	심방세동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F142

	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F143
부정맥의 경피적 수술(3 차원 지도화 기능 미포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F151
	심방세동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F152
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F153
경피적 풍선 판막성형술	경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161
	경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162
선천성 심장병 협착 질환의 경피적 수술	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술	F173
혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182
말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193

	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195
기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 설치술	F211
	영구적 심박조율기 교환술	F212
	심박조율기 제거 및 전환술	F213
기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220
순환 장애 절단술(수족부 제외)	순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230
순환 장애 수족부 절단술	순환 장애 수족부 절단술	F240
정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 국소 절제술	F252
	정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253
	정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254
기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260
식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011
	기타 주요 식도 수술	G012
	기타 단순 식도 수술	G013
직장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022
직장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031

	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032
경항문 및 경천골 접근 직장절제술	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041
	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042
주요 십이지장 수술	주요 십이지장 수술	G050
식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060
위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071
	개복에 의한 위전절제술	G072
위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081
	개복에 의한 위아전절제술	G082
기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091
	개복에 의한 기타 위절제술	G092
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094
소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102
기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112
결장 및 직장 전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121

	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122
결장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132
결장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142
기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152
소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172
	장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173
장루 수술	장루 수술	G180
횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202

	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204
충수절제술	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211
	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224
서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241

복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253
복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260
치핵 수술	주요 치핵 수술	G271
	단순 치핵 수술	G272
항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281
	단순 항문 주위 농양 수술	G282
치루 수술	주요 치루 수술	G291
	단순 치루 수술	G292
치열 수술 및 항문협착증 수술	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300
경항문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311
	직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312
화농성한선염 수술	화농성한선염 수술	G320
기타 소화기계 수술	기타 소화기계 수술	G332

소화기계 질환의 혈관색전술	소화기계 질환의 혈관색전술	G340
위내시경 시술	위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503
	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504
	위내시경 시술, 당일퇴원	G505
결장경 시술	결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523
	결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524
	결장경 시술, 당일퇴원	G525
구불결장경 시술	구불결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G533
	구불결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G534
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	G540
소장내시경 시술	소장내시경 시술	G550
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560
소화기계 질환의 경피적 배액술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570
간담도췌장 복합수술	간담도췌장 복합수술	H010
간담도 복합수술	주요 간담도 복합수술	H021
	기타 간담도 복합수술	H022

담도췌장 복합수술	담도췌장 복합수술	H030
간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044
간 수술	복강경을 이용한 간 수술	H051
	개복에 의한 간 수술	H052
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060
담도 절제술(림프절 절제 동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072
담도 절제술(림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082
주요 담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092
담낭절제술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102

	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108
췌장절제술	복강경을 이용한 췌장절제술	H111
	개복에 의한 췌장절제술	H112
췌장 수술	복강경을 이용한 췌장 수술	H121
	개복에 의한 췌장 수술	H122
기타 간담도 및 췌장 시술	역행성담췌관내시경 시술	H142
	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143
	기타 간담도 및 췌장 수술	H144

	경피적 담관경 시술	H145
	경피적 담관 시술	H146
간담도 및 췌장의 경피적시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152
	담도협착을 위한 경피적 시술	H154
	담석제거를 위한 경피적 시술	H155
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500
간암의 경피적 치료술	간암의 경피적 치료술	H510
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012
고관절 재치환술 및 치환술	고관절 전재치환술	I021
	고관절 전치환술	I022
	고관절 부분치환술	I023
슬관절 재치환술 및 치환술	슬관절 전재치환술	I031
	슬관절 전치환술	I032
	슬관절 부분치환술	I033

기타 관절 재치환술 및 치환술	기타 관절 전재치환술	I041
	기타 관절 전치환술	I042
	기타 관절 부분치환술	I043
	인공관절삽입물 제거술	I044
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	I061
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	I071
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	I081
	척추고정술(척수병증 미동반)	I082
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085

	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102
절단술	주요 절단술	I111
	기타 절단술	I112
골종양의 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123
	골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124
골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131
	골수염 및 농양 수술(기타)	I132
	근농양 배농술	I133

고관절 및 대퇴부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142
상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	I160
단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	I171
	단단성형술(수족지)	I172
견부 수술	회전근개 수술	I181
	관절와순 수술	I182
	복수 진단 견부 수술	I183
	기타 견부 수술	I184
슬부 수술	십자인대 수술	I191
	반달연골 수술, 양쪽	I192
	반달연골 수술, 한쪽	I193
	기타 슬관절 수술	I194
주관절 및 전완부 수술	주관절 및 전완부 수술	I200
족부 및 족관절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211
	족관절 골연골 병변 수술	I212
	기타 족부 및 족관절 수술	I213
체내고정장치 제거술	체내고정장치 제거술	I220
완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	I251
	단순 완관절 및 수부 수술	I252
미세혈관 조직이식 및 피부이식	미세혈관 조직이식	I261
	기타 피판술	I262
	피부 및 지방 이식술	I263
연조직 수술	복잡한 연조직 수술	I271
	주요 연조직 수술	I272

	단순 연조직 수술	I273
기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	I281
	대퇴부 골절 수술	I282
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283
	족관절 및 족부 골절 수술	I284
	견부 및 상완골 골절 수술	I285
	전완부 골절 수술	I286
	수부 골절 수술	I287
기타 결합조직 수술	기타 결합조직 수술	I290
복잡 인공관절치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302
	복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절,주관절,족관절)	I303
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절,슬관절)	I304
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절,주관절,족관절)	I305
	복잡 인공관절부분치환술	I306
복잡 척추 수술	복잡 척추고정술	I311
	복잡 척추후궁절제술	I312
복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321
	복잡 관절고정술	I322
	복잡 사지관절절제술	I323
	복잡 가관절수술	I324

	복잡 반월판연골절제술	I325
	복잡 회전근개 수술	I326
복잡 근골격계 염증성 질환수술	복잡 화농성관절염절개술	I331
	복잡 골수염 및 농양수술	I332
근골격계 질환의 경피적 배액술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우)	피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외)	피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032
기타 피부, 피하조직수술	피부 및 연조직 악성종양 절제술	J041
	피부 및 연조직 수술	J042
	기타 피부, 피하조직수술	J043
유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051
	보형물을 이용한 유방재건술	J052
주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062
	유방절제술(악성종양 제외)	J063
단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071

	절개에 의한 단순 유방 수술	J072
액와 수술	액와 림프 수술	J080
기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090
항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100
교감신경절제술	교감신경절제술	J110
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012
뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021
	복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023
	단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024
부신 수술	복강경을 이용한 부신수술	K031
	개복에 의한 부신수술	K032
내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043
부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052
주요 갑상선 악성 종양 수술	주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063

	주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075
	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076
기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080
기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490
복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021
	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025
	전립선 신생물 수술	L026
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027
신장 및 신우 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033

	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034
요관 수술	요관 수술	L040
방광 수술	개복에 의한 방광 수술	L051
	경피적 방광 수술	L052
	경요도 방광 수술	L053
전립선 수술	전립선 수술	L060
요도 수술	주요 요도 수술	L071
	요도경하 요도 수술	L072
	기타 요도 수술	L073
	복잡 요실금 수술	L074
	단순 요실금 수술	L075
요로 결석 수술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082
	경요도적 요관 결석 수술	L083
	방광 및 요도 결석 수술	L084
	연성내시경하 수술	L085
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102
요로 질환 수술	경요도 요로 질환 수술	L111
	외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112

기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120
기타 신장 및 비뇨기계 시술	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134
방광요도경 시술	방광요도경 시술	L510
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530
남성 골반 수술	남성 골반 수술	M010
전립선 적출술	주요 전립선 적출술	M021
	기타 전립선 적출술	M022
기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030
음경 수술	복잡 음경 수술	M041
	단순 음경 수술	M042
	페이로니 병 수술	M043
포경 수술	포경수술	M050
요도 수술	주요 요도 수술	M061
	단순 요도 수술	M062
음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071
	단순 음낭 수술	M072

고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082
	단순 고환 수술	M083
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091
	개복에 의한 정계정맥류	M092
	고환 및 생식기 적출술	M093
기타 남성생식기계 시술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102
방광요도경 시술	방광요도경 시술	M500
자궁 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012
주요 자궁절제술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021
	개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N022
단순 자궁 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031
	개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032
난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041

	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042
난소 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051
	개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052
부속기 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061
	개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081
	자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082
기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091
	개복에 의한 기타 골반 수술	N092
주요 여성생식기계 복원술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101
	개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102
기타 여성생식기계 복원술	기타 여성생식기계 복원술	N110

복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121
자궁경 수술	자궁경 수술	N130
자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141
기타 여성생식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161
	개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162
여성생식기계 경피적 혈관 수술	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180
제왕절개분만(단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	O011
	고위험 제왕절개분만(단태아)	O012
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013
제왕절개분만(다태아)	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022
	일반 제왕절개분만(다태아)	O023
	고위험 제왕절개분만(다태아)	O024
자궁외 임신 주요 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082
자궁외 임신 기타 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092

자궁경관봉축술	치료적 자궁경관봉축술	O102
분만 및 유산 후 관련 장애(수술 시행)	분만 및 유산 후 관련 장애(수술 시행)	O110
자궁소파술 및 흡인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	O120
분만 및 유산 관련 자궁적출술	분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130
분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술	O141
산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	O142
비장 절제술	소아의 비장 절제술	Q011
	성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012
	성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013
림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010
기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040

다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	W050
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011
	하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021
	수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030
하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술	X041
	하지 손상의 기타 수술	X042
수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술	X051
	수부 손상의 기타 수술	X052
기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060
중증 화상(피부 이식 동반)	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010
중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020

주)

1. 상기의 수술코드는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 “KDRG”체계로 분류되는 경우에 부여하는 “ADRG” 중 회사가 정한 코드를 말합니다.
2. KDRG 버전4.5의 “ADRG”중 다음의 “ADRG”는 보장하지 않습니다.
   ① 'ADRG'에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3 번째 자리에 해당하는 숫자가 '60~99'에 해당하는 경우

[예시]

"ADRG"가 "B601"의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3 번째 자리에 해당하는 숫자가 60'이므로 보장에서 제외됩니다.

② KDRG 버전4.5에서 규정한 'Error DRG' 및 '960 DRG'

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ 'Error DRG'이라 함은 주진단 범주(MDC)와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

[예시]

거미막하출혈로 진단받고 경피적심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG 가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

- '960 DRG'이라 함은 'Error DRG'는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다.

③ <보장대상 수술코드>에서 정한 수술에 해당하지 않는 사항

3. 이 특약에서 수술코드 및 ADRG 는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.5(2023.1.1기준)에서 정의된 ADRG 코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제 2023-133 호, 2023.07.13.)에서 정의된 진료행위코드 및 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG 코드 및 진료행위코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG 코드 및 진료행위코드, 분류번호에 준하여 수술코드 및 ADRG 를 결정합니다.
4. 주1에도 불구하고 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 '수술코드'를 확인할 수 있는 경우도 포함합니다.

(별표 4)

수술방법별 급여수술 분류표

<주요급여수술 1 분류표>

분류명	수술명	수술코드
장기이식수술	간 이식	A010
	폐 이식	A020
	심장 이식	A030
	췌장 이식	A040
	소장 이식	A050
	조혈모세포 이식, 동종이식	A061
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062
	신장 이식	A070
	사지 이식	A100
뇌 주요수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022
	혈종제거술(외상 제외)	B031
	두개내 감압술(외상 제외)	B032
	두개골 성형술(외상 제외)	B033
	뇌기저부 수술	B050
	복잡 천막상부 종양절제술	B061

	단순 천막상부 종양절제술	B062
	복잡 천막하부 종양절제술	B063
	단순 천막하부 종양절제술	B064
	경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066
	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082
	혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121
	혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122
	혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123
	두개내 감압술(외상 관련)	B124
	두개골 성형술(외상 관련)	B125
	천막상부 종양 절제술	K021
	복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023
	단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024
	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010
심장 주요수술	대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022
	폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023
	대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032
	폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042

	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044
	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 사용)	F061
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 사용)	F062
	기타 주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 사용)	F063
	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 미사용)	F071
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 미사용)	F072

<주요급여수술2 분류표>

분류명	수술명	수술코드
기관 및 기관지 수술	기관 및 기관지 수술	E011
주요 폐 및 흉곽, 종격동 수술	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013
	종격동 수술	E015
	주요 흉곽 수술	E016
흉강경을 이용한 수술	흉강경을 이용한 주요 수술	E018
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019

식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011
위 절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071
	개복에 의한 위전절제술	G072
	복강경을 이용한 위아전절제술	G081
	개복에 의한 위아전절제술	G082
대장 절제술	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022
	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032
	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041
	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042
	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121
	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122
	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132
간담췌 복합수술	주요 십이지장 수술	G050
	간담도췌장 복합수술	H010
	주요 간담도 복합수술	H021

	담도췌장 복합수술	H030
간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042
담도 악성종양 절제술	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072
췌장 절제술 (농양절개술 및 쐐기절제 제외)	복강경을 이용한 췌장절제술	H111
	개복에 의한 췌장절제술	H112
유방암 절제술	근치 유방절제술	J061
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062
비뇨기계 및 골반 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027
남성 생식기 적출술	고환 및 생식기 적출술	M093
악성종양 자궁 난소 수술	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012
	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041
	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042
	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121

골악성종양 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123
귀, 코, 구강 등 이비인후과 악성종양수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042
	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090
	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102
절단술	순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230
	주요 절단술	I111
	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011
뇌 및 심장 기타수술	신경계 신경자극기 설치술	B070
	뇌신경 수술	B100
	기타 개두술	B130
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053
주요 혈관 복구 수술	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073

<주요급여수술3 분류표>

분류명	수술명	수술코드
기타 주요 식도 수술	기타 주요 식도 수술	G012
	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091
	개복에 의한 기타 위절제술	G092

위 절제술 (림프절청소 포함하지 않음)	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094
결장 절제술 (림프절청소 포함하지 않음)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142
소장 절제술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172
간담도 부분절제	기타 간담도 복합수술	H022
간 부분절제	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044
간담도계 질환 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060
담도 절제술(림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082
담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092
기타 비뇨기계 및 골반 신생물 수술	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024
여성생식기(자궁 경부, 질,	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071

외음부) 악성종양 수술	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072
뇌동맥류 색전술 및 뇌의 경피적 수술	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016
	뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024
	경피적 뇌혈관 수술(협착 · 폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065
중추신경계의 정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096
척수 및 척추 종양절제술	척수내 종양절제술	B151
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154

	척수내 종양절제술	I061
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064
척추고정술(척추변형)	청소년기 척추변형 척추고정술	B161
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163
	청소년기 척추변형 척추고정술	I071
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073
다발성 중요 외상 및 중증 화상 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020
	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030
	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010
ECMO(개심술 미동반)	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080
이식형 청각 보조장치 수술	귀 이식술	D011
기타 폐 수술	기타 폐 수술	E014
식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060
간암의 경피적 치료술 및	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156

경피적 혈관 시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157
	간암의 경피적 치료술	H510

<주요급여수술 4 분류표>

분류명	수술명	수술코드
충수(맹장) 수술	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211
	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214
담낭(쓸개) 수술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105

	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108
기타 췌장 수술	복강경을 이용한 췌장 수술	H121
	개복에 의한 췌장 수술	H122
비뇨기 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032
	개복에 의한 방광 수술	L051
비장 절제술	성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012
	성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013
자궁 외 임신 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082
	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092
관절 치환술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011
	고관절 전재치환술	I021
	고관절 전치환술	I022
	고관절 부분치환술	I023
	슬관절 전재치환술	I031
	슬관절 전치환술	I032
	슬관절 부분치환술	I033

	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302
	복잡 인공관절전치환술,주요(고관절,슬관절)	I304
소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102
기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152
횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190
비뇨기 결석수술	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082
	방광 및 요도 결석 수술	L084
	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081
복잡 고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082
다발성 중요 외상 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040
기타 단순 수술	뇌척수액 우회로조성술	B110
	기타 단순 식도 수술	G013
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050
척추고정술(척추변형 외)	척추고정술(척수병증 동반)	B171
	척추고정술(척수병증 미동반)	B172
	복잡 척추고정술	B211
	척추고정술(척수병증 동반)	I081

	척추고정술(척수병증 미동반)	I082
	복잡 척추고정술	I311
기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112
부신수술	복강경을 이용한 부신수술	K031
	개복에 의한 부신수술	K032

주)

1. 상기의 수술코드는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 "KDRG"체계로 분류되는 경우에 부여하는 "ADRG" 중 회사가 정한 코드를 말합니다.
2. KDRG 버전4.5의 "ADRG"중 다음의 "ADRG"는 보장하지 않습니다.
   ① 'ADRG'에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3 번째 자리에 해당하는 숫자가 '60~99'에 해당하는 경우

[예시]
"ADRG"가 "B601"의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3 번째 자리에 해당하는 숫자가 60'이므로 보장에서 제외됩니다.

   ② KDRG 버전4.5에서 규정한 'Error DRG' 및 '960 DRG'
   - Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999
   ※ 'Error DRG'이라 함은 주진단 범주(MDC)와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

[예시]
거미막하출혈로 진단받고 경피적심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG 가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

   - '960 DRG'이라 함은 'Error DRG'는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다.
   ③ <보장대상 수술코드>에서 정한 수술에 해당하지 않는 사항
3. 수술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.5(2023.1.1기준)에서 정의된 ADRG 코드 및「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제 2023-133 호,

2023.07.13.)에서 정의된 진료행위코드 및 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG 코드 및 진료행위코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG 코드 및 진료행위코드, 분류번호에 준하여 수술코드 및 ADRG 를 결정합니다.

4. 주1에도 불구하고 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 시술명 등으로 '수술코드'를 확인할 수 있는 경우도 포함합니다.

(별표 5)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로

재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 6)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항, 제16조 제5항 및 제25조 제2항 관련)

1. 급여수술보험금 (제8조), 계약자적립액 (제16조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제25조 제1항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 급여수술(원인)특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 급여수술(원인)특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 급여수술(원인)특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제12조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 4) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 5) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“급여수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 "급여수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 3) “급여수술 분류표”에서 정한 수술코드(이하 ‘수술코드’라 합니다)(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘요양급여 또는 의료급여’라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다)에 해당하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 "수술코드"는 "KDRG"체계로 분류되는 경우에 부여하는 "ADRG" 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

[KDRG(Korean Diagnosis Related Group)]

“KDRG(Korean Diagnosis Related Group)”라 함은 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]

"ADRG(Adjacent DRG)"라 함은 KDRG의 분류과정 중에서 주

진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)에 따라 입원환자를 분류한 다음 그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다. 이 약관에서는 KDRG의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

③ 제1항의 수술코드에서 향후 “ADRG”의 개정으로 동일한 수술에 대해 수술코드가 변경되는 경우 이 특약 체결 시점에서 정한 수술코드를 따릅니다. 다만, 이 특약 체결 시점 이후 “ADRG”가 신규 추가되는 경우 회사는 (별표 3) “급여수술 분류표”의 구분에 준하여 수술코드를 결정합니다.

[예시]
이 특약 체결시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010(KDRG 버전 4.5)이었으나, 피보험자가 간이식 수술을 받은 시점 수술코드가 A080(ex. KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.5) 코드를 받은 것에 준하여 보험금 지급 여부를 판단합니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결 시점에서 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 “급여수술”은 [건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2023-133호, 2023. 07. 13)] 제2부(행위 급여 목록 · 상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy), 감마나

이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료 및 양성자치료는 “급여수술”에 포함하여 보장합니다.

제4조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제3조(“급여수술”의 정의와 장소) 제1항에서 정한 “급여수술”이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여수술 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여수술 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “급여수술 관련 법령”의 개정에 따라 “급여수술”이 폐지되는 경우
2. “급여수술 관련 법령”의 개정에 따라 “급여수술”이 변경되어 제12조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 “급여수술 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제12조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 "급여수술"에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 "급여수술 관련 법령"의 개정으로 "급여수술"이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (통원의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하지 않고 내원하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 (“암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 6) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불

명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

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

제8조 (“뇌질환 및 심장질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "뇌질환 및 심장질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 7) “뇌질환 및 심장질환 분류표”에서 정한 질병 및 재해를 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에

는 보장하지 않습니다.

② "뇌질환"의 진단 확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 결과 등을 기초로 하여야 합니다.

③ "심장질환"의 진단 확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제9조 ("경계성종양 및 제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 8) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 경계성종양의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

④ 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 9) "제자리신생물 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 제자리암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 제자리암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제10조 ("4대질병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “4대질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 10) "4대질병 분류표"에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항에서 정한 “4대질병”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제11조 ("특정재해"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “특정재해”라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 11) "특정재해 분류표"에서 정한 재해를 말합니다.

② 제1항에서 정한 “특정재해” 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로하여 내려져야 합니다.

제12조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나

의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 급여수술보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]를 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암”으로 진단 확정되고, 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 피보험자가 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 보험기간 중 “급여수술”을 받았을 경우
   : 암 급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회 한도)
   (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌질환 및 심장질환”으로 진단 확정되고, 그 “뇌질환 및 심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 피보험자가 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 보험기간 중 “급여수술”을 받았을 경우
   : 뇌질환 및 심장질환 급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회 한도)
   (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양 및 제자리암”으로 진단 확정되고, 그 “경계성종양 및 제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 피보험자가 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 보험기간 중 “급여수술”을 받았을 경우
   : 경계성종양 및 제자리암 급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회 한도)
   (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가

발생한 경우 50% 감액 지급)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “4대질병”으로 진단 확정되고, 그 “4대질병”의 직접적인 치료를 목적으로 피보험자가 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 보험기간 중 “급여수술”을 받았을 경우

: 4대질병 급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회 한도)

(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정재해”로 진단 확정되고, 그 “특정재해”의 직접적인 치료를 목적으로 피보험자가 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 보험기간 중 “급여수술”을 받았을 경우

: 특정재해 급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회 한도)

제13조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 5) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 보험료 납입이 면제된 이후 제24조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제12조(보험금의 지급사유) 중 다음 각 호의 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

1. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 제12조(보험금의 지급사유) 제1호, 제3호 및 제4호에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우
2. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 제12조(보험금의 지급사유) 제2호에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우

④ 제12조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제5호의 경우 각각 연간 1회를 한도로 해당 급여수술보험금을 지급합니다. 다만, “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

⑤ 피보험자가 1회의 입원 중 2가지 이상의 수술을 받고 퇴원하더라도 피보험자의 퇴원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 급여수술보험금을 지급합니다. 또한, 피보험자가 1회의 통원 중 2가지 이상의 수술을 받은 경우 피보험자의 통원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 급여수술보험금을 지급합니다.

[설명]

ADRG는 1회의 입원기간 중 2가지 이상의 수술을 받더라도 KDRG에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. ADRG는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 KDRG에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.

[예시]
피보험자가 입원을 하고 '치료적 자궁소파술(N141)'과 '복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)'을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 외과적 우선순위에 따라 생성되는 ADRG는 '복강경을 이용한 주요자궁절제술(악성종양 제외)(N021)'입니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 제12조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금이 가장 높은 하나의 수술코드에 한하여 급여수술보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 (별표 2) "수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표"의 동일한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제12조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑧ 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제12조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보장합니다.

⑨ 제5항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술(수술코드상 J051 또는 J052)과 유방절제술(수술코드상 J061 또는 J062를 말하며, J063은 제외)을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술이 아니라 유방절제술에 해당하는 수술코드가 발생한 것으로 보아 해당

급여수술보험금만 보장합니다. 다만, 그 수술코드(유방절제술)로 '암 급여수술보험금' 또는 '경계성종양 및 제자리암 급여수술보험금'을 지급받은 보장횟수가 연간 1회를 초과하는 경우에는 해당 급여수술보험금을 지급하지 않습니다.

[설명]
피보험자가 입원을 하고 유방재건술(J051)과 유방절제술(J061)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 'ADRG'는 유방재건술(J051)입니다. 다만, 이 경우 회사는 제9항에 따라 유방재건술(J051)에 해당되는 급여수술보험금이 아니라 유방절제술(J061)에 해당하는 급여수술보험금을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 시술명 등으로 이 보장에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우에 한하여 회사는 제3조("급여수술"의 정의와 장소) 제1항에서 정한 "급여수술"에 포함하여 보장합니다.

⑪ 제6항에도 불구하고 제10항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 요양급여 또는 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 급여수술보험금과 제10항의 수술코드에 해당하는 급여수술보험금을 각각 지급합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑬ 제12항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을

수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 제1항의 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 결정합니다.

⑰ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑱ 제17항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑲ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑳ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉑ 보험수익자와 회사가 제12조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉒ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제14조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제15조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제12조(보험금의 지급사

유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제13조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제16조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비 세부산정내역서, 입원치료확인서, 통원치료확인서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 진료비영수증, 사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 수령, 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제17조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제16조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에

보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 12) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제18조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제19조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제18조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을

제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구

와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제29조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제18조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제27조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약“의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제20조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제29조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 12) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제24조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순

건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제27조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑩ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

제21조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제22조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제23조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제29조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제24조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율

이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제25조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제26조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제29조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제27조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제26조(보험료의 납입이 연체

되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제28조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제29조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제29조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영

업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 12) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제30조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭		지급사유	지급금액
급여 수술보험금	암 급여수술보험금 (제12조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암”으로 진단 확정되고, 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 피보험자가 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 보험기간 중 “급여수술”을 받았을 경우(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회 한도)	200만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
	뇌질환 및 심장질환 급여수술보험금 (제12조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌질환 및 심장질환”으로 진단 확정되고, 그 “뇌질환 및 심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 피보험자가 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 보험기간 중 “급여수술”을 받았을 경우(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회 한도)	200만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)
	경계성종양 및 제자리암 급여수술보험금 (제12조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양 및 제자리암”으로 진단 확정되고, 그 “경계성종양 및 제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 피보험자가 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 보험	50만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

급부명칭		지급사유	지급금액
		기간 중 “급여수술”을 받았을 경우(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회 한도)	
	4대질병 급여수술보험금 (제12조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “4대질병”으로 진단 확정되고, 그 “4대질병”의 직접적인 치료를 목적으로 피보험자가 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 보험기간 중 “급여수술”을 받았을 경우(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회 한도)	100만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
	특정재해 급여수술보험금 (제12조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정재해”로 진단 확정되고, 그 “특정재해”의 직접적인 치료를 목적으로 피보험자가 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 보험기간 중 “급여수술”을 받았을 경우(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회 한도)	100만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 제1호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제24조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니

다.

4. “연간”이란 계약해당일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

(별표 2)

수술 보장 대상 질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 수술 보장 대상 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 수술 보장 대상 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 다음의 '가~마'에 해당하는 사항
  가. 정신 및 행동장애(F04~F99)
  나. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
  다. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)
  라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
  마. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
② 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우
③ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
④ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑤ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
⑥ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

(주)
1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 진단)재해의 경우 발생)된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류

에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 “수술 보장 대상 질병 및 재해”로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 “수술 보장 대상 질병 및 재해”로 판단하지 않습니다.

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

(별표 3)

급여수술 분류표

〈보장 대상 수술코드〉

대분류명	수술명	수술코드
간 이식	간 이식	A010
폐 이식	폐 이식	A020
심장 이식	심장 이식	A030
췌장 이식	췌장 이식	A040
소장 이식	소장 이식	A050
조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062
신장 이식	신장 이식	A070
체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080
기관 절개술	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093

	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096
사지 이식	사지 이식	A100
뇌동맥류 수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017
	뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018
뇌혈관 수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022

	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024
	경피적 뇌혈관 수술(협착 · 폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027
혈종제거술 및 기타 개두술(외상 제외)	혈종제거술(외상 제외)	B031
	두개내 감압술(외상 제외)	B032
	두개골 성형술(외상 제외)	B033
두개외 혈관수술	두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041
	두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042
	경피적 두개외 혈관수술	B043
뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050
뇌종양 절제술	복잡 천막상부 종양절제술	B061
	단순 천막상부 종양절제술	B062
	복잡 천막하부 종양절제술	B063
	단순 천막하부 종양절제술	B064
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065
	경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066
신경계 신경자극기 설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070
뇌전증 수술	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082

정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096
뇌신경 수술	뇌신경 수술	B100
뇌척수액 우회로조성술	뇌척수액 우회로조성술	B110
외상 개두술	혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121
	혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122
	혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123
	두개내 감압술(외상 관련)	B124
	두개골 성형술(외상 관련)	B125
기타 개두술	기타 개두술	B130
천두술	천두술(경막하 또는 경막외)	B141
	천두술(뇌내)	B142
	천두술(기타)	B143
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	B151

	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	B161
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	B171
	척추고정술(척수병증 미동반)	B172
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191

	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192
기타 신경계 수술	주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201
	기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202
	수근관 이완술	B203
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204
	기타 신경계 수술	B205
복잡 척추수술	복잡 척추고정술	B211
	복잡 척추후궁절제술	B212
안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	C011
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013
	후안부 관통상 수술	C014
안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	C021
	복잡 안와 수술, 양쪽	C022
	단순 안와 수술	C023
안구 수술(종양 수술 포함)	안구 수술(종양 수술 포함)	C030
망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044

	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046
안구 표면재건술	주요 각막이식수술	C051
	기타 각막이식수술	C052
	공막 및 각막윤부이식수술	C053
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062
	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064
수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071
	기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072
	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073
후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	C080
녹내장 수술	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091

	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092
	단순 녹내장 수술	C095
기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101
	기타 단순 안구내 수술	C102
사시 수술	복잡 사시 수술	C111
	단순 사시 수술	C112
안검 수술	복잡 안검 수술, 제 1 형	C121
	복잡 안검 수술, 제 2 형	C122
	복잡 안검 수술, 제 3 형	C123
	주요 안검 수술, 제 1 형	C124
	주요 안검 수술, 제 2 형	C125
	주요 안검 수술, 제 3 형	C126
	기타 안검 수술	C127
눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136
결막 수술	결막낭 재건술	C141
	복잡 결막 수술	C142
	단순 결막 수술	C143
기타 안구외 수술	기타 안구외 수술	C150
내이 수술	귀 이식술	D011

	주요 내이 수술	D012
	단순 내이 수술	D013
중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021
	유양돌기 수술	D022
	고실 수술	D023
	이소골 재건술	D024
	등골수술	D025
	환기관삽입 고막절개술	D026
외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031
	단순 외이 및 귀 수술	D032
귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042
부비동 개방 수술	부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051
	부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052
	부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053
	부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054
내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066

	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068
코 수술	주요 코 수술	D081
	비중격 및 비갑개수술	D082
	단순 코 수술	D083
구강 및 타액선 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090
후두 및 인두 악성종양 수술	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102
경부림프절절제술	경부림프절절제술, 한쪽	D111
	경부림프절절제술, 양쪽	D112
안면골 수술	악관절 수술	D121
	주요 안면골 수술	D122
	단순 안면골 수술	D123
두경부 재건술	두경부 재건술	D130
타액선 수술	이하선수술	D141
	악하선 및 설하선 수술	D142
	기타 타액선 수술	D143
	타석제거술	D144
경부 수술	경부 수술	D150
편도 및 아데노이드 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162

구강, 인후두 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172
기타 이비인후, 구강 질환 수술	기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200
주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011
	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013
	기타 폐 수술	E014
	종격동 수술	E015
	주요 흉곽 수술	E016
	기타 흉곽 수술	E017
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019
기관지경 및 방사선하 수술	기관지경 및 방사선하 수술	E020
기타 호흡기계 수술	수면무호흡증후군 수술	E032
	호흡기계 기타 단순 수술	E033
	기타 호흡기계 수술	E034
폐농양 배액술	폐농양 배액술	E520
흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530
자동체내제세동기 시술	자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	F011
	자동체내제세동기 교정술	F012
심장판막 수술(심도자술 사용)	대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022
	폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023

심장판막 수술(심도자술 미사용)	대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032
	폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033
관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044
기타 심흉부 수술	심장 중격결손증 수술	F051
	기타 복잡 심장 기형 교정술	F052
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054
주요 혈관 복구 수술(인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062

	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063
주요 혈관 복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073
대동맥 경피적 수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081
	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083
	대동맥박리 경피적 수술	F084
정맥 및 대정맥 경피적 수술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092
경도관 심장 결손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112

급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136
부정맥의 경피적 수술(3 차원 지도화 기능 포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F141
	심방세동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F142

	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F143
부정맥의 경피적 수술(3 차원 지도화 기능 미포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F151
	심방세동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F152
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F153
경피적 풍선 판막성형술	경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161
	경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162
선천성 심장병 협착 질환의 경피적 수술	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술	F173
혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182
말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193

	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195
기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 설치술	F211
	영구적 심박조율기 교환술	F212
	심박조율기 제거 및 전환술	F213
기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220
순환 장애 절단술(수족부 제외)	순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230
순환 장애 수족부 절단술	순환 장애 수족부 절단술	F240
정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 국소 절제술	F252
	정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253
	정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254
기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260
식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011
	기타 주요 식도 수술	G012
	기타 단순 식도 수술	G013
직장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022
직장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031

	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032
경항문 및 경천골 접근 직장절제술	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041
	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042
주요 십이지장 수술	주요 십이지장 수술	G050
식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060
위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071
	개복에 의한 위전절제술	G072
위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081
	개복에 의한 위아전절제술	G082
기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091
	개복에 의한 기타 위절제술	G092
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094
소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102
기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112
결장 및 직장 전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121

	개복에 의한 결장 및 직장 전절제술	G122
결장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132
결장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142
기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152
소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172
	장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173
장루 수술	장루 수술	G180
횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202

	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204
충수절제술	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211
	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224
서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241

복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253
복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260
치핵 수술	주요 치핵 수술	G271
	단순 치핵 수술	G272
항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281
	단순 항문 주위 농양 수술	G282
치루 수술	주요 치루 수술	G291
	단순 치루 수술	G292
치열 수술 및 항문협착증 수술	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300
경항문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311
	직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312
화농성한선염 수술	화농성한선염 수술	G320
기타 소화기계 수술	기타 소화기계 수술	G332

소화기계 질환의 혈관색전술	소화기계 질환의 혈관색전술	G340
위내시경 시술	위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503
	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504
	위내시경 시술, 당일퇴원	G505
결장경 시술	결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523
	결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524
	결장경 시술, 당일퇴원	G525
구불결장경 시술	구불결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G533
	구불결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G534
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	G540
소장내시경 시술	소장내시경 시술	G550
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560
소화기계 질환의 경피적 배액술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570
간담도췌장 복합수술	간담도췌장 복합수술	H010
간담도 복합수술	주요 간담도 복합수술	H021
	기타 간담도 복합수술	H022

담도췌장 복합수술	담도췌장 복합수술	H030
간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044
간 수술	복강경을 이용한 간 수술	H051
	개복에 의한 간 수술	H052
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060
담도 절제술(림프절 절제 동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072
담도 절제술(림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082
주요 담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092
담낭절제술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102

	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108
췌장절제술	복강경을 이용한 췌장절제술	H111
	개복에 의한 췌장절제술	H112
췌장 수술	복강경을 이용한 췌장 수술	H121
	개복에 의한 췌장 수술	H122
기타 간담도 및 췌장 시술	역행성담췌관내시경 시술	H142
	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143
	기타 간담도 및 췌장 수술	H144

	경피적 담관경 시술	H145
	경피적 담관 시술	H146
간담도 및 췌장의 경피적시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152
	담도협착을 위한 경피적 시술	H154
	담석제거를 위한 경피적 시술	H155
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500
간암의 경피적 치료술	간암의 경피적 치료술	H510
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012
고관절 재치환술 및 치환술	고관절 전재치환술	I021
	고관절 전치환술	I022
	고관절 부분치환술	I023
슬관절 재치환술 및 치환술	슬관절 전재치환술	I031
	슬관절 전치환술	I032
	슬관절 부분치환술	I033

기타 관절 재치환술 및 치환술	기타 관절 전재치환술	I041
	기타 관절 전치환술	I042
	기타 관절 부분치환술	I043
	인공관절삽입물 제거술	I044
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	I061
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	I071
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	I081
	척추고정술(척수병증 미동반)	I082
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085

	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102
절단술	주요 절단술	I111
	기타 절단술	I112
골종양의 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123
	골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124
골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131
	골수염 및 농양 수술(기타)	I132
	근농양 배농술	I133

고관절 및 대퇴부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142
상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	I160
단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	I171
	단단성형술(수족지)	I172
견부 수술	회전근개 수술	I181
	관절와순 수술	I182
	복수 진단 견부 수술	I183
	기타 견부 수술	I184
슬부 수술	십자인대 수술	I191
	반달연골 수술, 양쪽	I192
	반달연골 수술, 한쪽	I193
	기타 슬관절 수술	I194
주관절 및 전완부 수술	주관절 및 전완부 수술	I200
족부 및 족관절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211
	족관절 골연골 병변 수술	I212
	기타 족부 및 족관절 수술	I213
체내고정장치 제거술	체내고정장치 제거술	I220
완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	I251
	단순 완관절 및 수부 수술	I252
미세혈관 조직이식 및 피부이식	미세혈관 조직이식	I261
	기타 피판술	I262
	피부 및 지방 이식술	I263
연조직 수술	복잡한 연조직 수술	I271
	주요 연조직 수술	I272

	단순 연조직 수술	I273
기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	I281
	대퇴부 골절 수술	I282
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283
	족관절 및 족부 골절 수술	I284
	견부 및 상완골 골절 수술	I285
	전완부 골절 수술	I286
	수부 골절 수술	I287
기타 결합조직 수술	기타 결합조직 수술	I290
복잡 인공관절치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302
	복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절,주관절,족관절)	I303
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절,슬관절)	I304
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절,주관절,족관절)	I305
	복잡 인공관절부분치환술	I306
복잡 척추 수술	복잡 척추고정술	I311
	복잡 척추후궁절제술	I312
복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321
	복잡 관절고정술	I322
	복잡 사지관절절제술	I323
	복잡 가관절수술	I324

	복잡 반월판연골절제술	I325
	복잡 회전근개 수술	I326
복잡 근골격계 염증성 질환수술	복잡 화농성관절염절개술	I331
	복잡 골수염 및 농양수술	I332
근골격계 질환의 경피적 배액술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우)	피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외)	피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032
기타 피부, 피하조직수술	피부 및 연조직 악성종양 절제술	J041
	피부 및 연조직 수술	J042
	기타 피부, 피하조직수술	J043
유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051
	보형물을 이용한 유방재건술	J052
주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062
	유방절제술(악성종양 제외)	J063
단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071

	절개에 의한 단순 유방 수술	J072
액와 수술	액와 림프 수술	J080
기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090
항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100
교감신경절제술	교감신경절제술	J110
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012
뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021
	복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023
	단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024
부신 수술	복강경을 이용한 부신수술	K031
	개복에 의한 부신수술	K032
내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043
부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052
주요 갑상선 악성 종양 수술	주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063

	주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075
	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076
기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080
기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490
복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021
	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025
	전립선 신생물 수술	L026
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027
신장 및 신우 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033

	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034
요관 수술	요관 수술	L040
방광 수술	개복에 의한 방광 수술	L051
	경피적 방광 수술	L052
	경요도 방광 수술	L053
전립선 수술	전립선 수술	L060
요도 수술	주요 요도 수술	L071
	요도경하 요도 수술	L072
	기타 요도 수술	L073
	복잡 요실금 수술	L074
	단순 요실금 수술	L075
요로 결석 수술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082
	경요도적 요관 결석 수술	L083
	방광 및 요도 결석 수술	L084
	연성내시경하 수술	L085
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102
요로 질환 수술	경요도 요로 질환 수술	L111
	외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112

기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120
기타 신장 및 비뇨기계 시술	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134
방광요도경 시술	방광요도경 시술	L510
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530
남성 골반 수술	남성 골반 수술	M010
전립선 적출술	주요 전립선 적출술	M021
	기타 전립선 적출술	M022
기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030
음경 수술	복잡 음경 수술	M041
	단순 음경 수술	M042
	페이로니 병 수술	M043
포경 수술	포경수술	M050
요도 수술	주요 요도 수술	M061
	단순 요도 수술	M062
음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071
	단순 음낭 수술	M072

고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082
	단순 고환 수술	M083
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091
	개복에 의한 정계정맥류	M092
	고환 및 생식기 적출술	M093
기타 남성생식기계 시술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102
방광요도경 시술	방광요도경 시술	M500
자궁 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012
주요 자궁절제술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021
	개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N022
단순 자궁 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031
	개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032
난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041

	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042
난소 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051
	개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052
부속기 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061
	개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081
	자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082
기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091
	개복에 의한 기타 골반 수술	N092
주요 여성생식기계 복원술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101
	개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102
기타 여성생식기계 복원술	기타 여성생식기계 복원술	N110

복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121
자궁경 수술	자궁경 수술	N130
자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141
기타 여성생식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161
	개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162
여성생식기계 경피적 혈관 수술	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180
제왕절개분만(단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	O011
	고위험 제왕절개분만(단태아)	O012
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013
제왕절개분만(다태아)	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022
	일반 제왕절개분만(다태아)	O023
	고위험 제왕절개분만(다태아)	O024
자궁외 임신 주요 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082
자궁외 임신 기타 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092

자궁경관봉축술	치료적 자궁경관봉축술	O102
분만 및 유산 후 관련 장애(수술 시행)	분만 및 유산 후 관련 장애(수술 시행)	O110
자궁소파술 및 흡인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	O120
분만 및 유산 관련 자궁적출술	분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130
분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술	O141
산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	O142
비장 절제술	소아의 비장 절제술	Q011
	성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012
	성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013
림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010
기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040

다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	W050
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011
	하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021
	수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030
하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술	X041
	하지 손상의 기타 수술	X042
수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술	X051
	수부 손상의 기타 수술	X052
기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060
중증 화상(피부 이식 동반)	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010
중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020

주)

1. 상기의 수술코드는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 “KDRG”체계로 분류되는 경우에 부여하는 “ADRG” 중 회사가 정한 코드를 말합니다.
2. KDRG 버전4.5의 “ADRG”중 다음의 “ADRG”는 보장하지 않습니다.
   ① 'ADRG'에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3 번째 자리에 해당하는 숫자가 '60~99'에 해당하는 경우

[예시]

"ADRG"가 "B601"의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3 번째 자리에 해당하는 숫자가 60'이므로 보장에서 제외됩니다.

② KDRG 버전4.5에서 규정한 'Error DRG' 및 '960 DRG'

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ 'Error DRG'이라 함은 주진단 범주(MDC)와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

[예시]

거미막하출혈로 진단받고 경피적심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG 가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

- '960 DRG'이라 함은 'Error DRG'는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다.

③ <보장대상 수술코드>에서 정한 수술에 해당하지 않는 사항

3. 이 특약에서 수술코드 및 ADRG 는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.5(2023.1.1기준)에서 정의된 ADRG 코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제 2023-133 호, 2023.07.13.)에서 정의된 진료행위코드 및 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG 코드 및 진료행위코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG 코드 및 진료행위코드, 분류번호에 준하여 수술코드 및 ADRG 를 결정합니다.
4. 주1에도 불구하고 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 '수술코드'를 확인할 수 있는 경우도 포함합니다.

(별표 4)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로

재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 6)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 기타피부의 악성 신생물(암)	C44
7. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
8. 유방의 악성신생물(암)	C50
9. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
10. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
11. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
13. 갑상선의 악성신생물(암)	C73
14. 부신의 악성신생물(암)	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
16. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80

분류항목	분류코드
17. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
19. 진성 적혈구 증가증	D45
20. 골수 형성이상 증후군	D46
21. 만성 골수증식 질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판 혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

뇌질환 및 심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌질환 및 심장질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병 및 재해를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69
11. 두개내손상	S06
12. 수막의 양성신생물	D32
13. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물	D33
14. 뇌하수체의 양성신생물	D35.2
15. 두개인두관의 양성신생물	D35.3
16. 송과선의 양성신생물	D35.4
심장질환	
1. 심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
2. 심장 침범이 있는 류마티스 열	I01
3. 류마티스무도병	I02
4. 류마티스성 승모판질환	I05

분류항목	분류코드
5. 류마티스성 대동맥판질환	I06
6. 류마티스성 삼첨판질환	I07
7. 다발판막질환	I08
8. 기타 류마티스심장질환	I09
9. 협심증	I20
10. 급성 심근경색증	I21
11. 후속심근경색증	I22
12. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
13. 기타 급성 허혈심장질환	I24
14. 만성 허혈심장병	I25
15. 폐색전증	I26
16. 기타 폐성 심장질환	I27
17. 폐혈관의 기타 질환	I28
18. 급성 심장막염	I30
19. 심장막의 기타 질환	I31
20. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
21. 수막알균성 심장병	A39.5
22. 급성 및 아급성 심내막염	I33
23. 비류마티스성 승모판장애	I34
24. 비류마티스성 대동맥판장애	I35
25. 비류마티스성 삼첨판 장애	I36
26. 폐동맥판장애	I37
27. 상세불명 판막의 심내막염	I38
28. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
29. 칸디다심내막염	B37.6
30. 급성 심근염	I40
31. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
32. 심근병증	I42

분류항목	분류코드
33. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
34. 방실차단 및 좌각차단	I44
35. 기타 전도장애	I45
36. 심장정지	I46
37. 발작성 빈맥	I47
38. 심방세동 및 조동	I48
39. 기타 심장부정맥	I49
40. 심부전	I50
41. 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
42. 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
43. 대동맥동맥류 및 박리	I71
44. 흉부 혈관의 손상	S25
45. 심장의 손상	S26
46. 심장의 양성 신생물	D15.1

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결 시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결 시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에

해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 8)

경계성종양 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당질병 보장 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상

으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 9)

제자리신생물 분류표

① 약관에서 규정하는 제자리암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당질병 보장 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 10)

4대질병 분류표

① 약관에서 규정하는 4대질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
간질환	
1. 바이러스간염	B15~B19
2. 간의 질환	K70~K77
3. 아메바성 간농양	A06.4
4. 기타 형태의 헤르페스바이러스감염	B00.8
5. 거대세포바이러스간염	B25.1
6. 톡소포자충간염	B58.1
7. 간의 양성 신생물	D13.4
폐질환	
1. 만성 하부호흡기질환	J40 ~ J47 (단,J45,J46제외)
2. 외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
3. 주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기질환	J80~J84
4. 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
5. 달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
6. 달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
7. 흉막판	J92
8. 기타 흉막의 병태	J94
9. 달리 분류되지 않은 처치후 호흡장애	J95
10. 달리 분류되지 않은 호흡부전	J96
11. 기관의 양성 신생물	D14.2
12. 기관지 및 폐의 양성 신생물	D14.3

분류항목	분류코드
췌장질환	
1. 급성 췌장염	K85
2. 췌장의 기타 질환	K86
3. 달리 분류된 질환에서의 췌장장애	K87.1
4. 췌장의 양성 신생물(내분비췌장은 제외)	D13.6
5. 내분비췌장의 양성 신생물	D13.7
동정맥질환	
1. 죽상경화증	I70
2. 기타 동맥류 및 박리	I72
3. 동맥색전증 및 혈전증	I74
4. 문맥혈전증	I81
5. 기타 정맥의 색전증 및 혈전증	I82
6. 식도정맥류	I85
7. 음낭정맥류	I86.1
8. 위정맥류	I86.4

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 11)

특정재해 분류표

① 약관에서 규정하는 특정재해는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 재해를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
2. 흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
3. 흉부의 기타 및 상세불명의 손상	S29
4. 복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상	S35
5. 복강내기관의 손상	S36
6. 비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
7. 골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 12)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제17조 제2항, 제20조 제5항 및 제29조 제2항 관련)

1. 급여수술보험금 (제12조), 계약자적립액(제20조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제29조 제1항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
뇌경색증특정혈전제거수술특약
(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 뇌경색증특정혈전제거수술특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌경색증특정혈전제거수술특약
(간편N/갱신형)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이

특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료 납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “뇌경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 과거·무증상성·열공성 뇌경색증으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등의 검사 결과를 기초로하여야 합니다.

제4조 (“급여 뇌경색증 혈전제거수술”의 정의)

이 특약에서 “급여 뇌경색증 혈전제거수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 5) "급여 뇌경색증 혈전제거수술 분류표"에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

제5조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“급여 뇌경색증 혈전제거수술”의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 뇌경색증 혈전제거수술 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 뇌경색증 혈전제거수술 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제4조(“급여 뇌경색증 혈전제거수술”의 정의)에도 불구하고 “급여 뇌경색증 혈전제거수술 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내

용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서“에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “급여 뇌경색증 혈전제거수술 관련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌경색증”으로 진단확정되고, 그 “뇌경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 뇌경색증 혈전제거수술”을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급여 뇌경색증 특정혈전제거수술보험금(다만, 최초 1회에 한함)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에

는 그에 따릅니다.

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

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표 상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 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 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률

을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 갱신계약의 경우 “급여 뇌경색증 특정혈전제거수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “급여 뇌경색증 특정혈전제거수술보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하

거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

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

제10조 (보험금 등의 청구)

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

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

류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강

진단을 대신할 수 있습니다.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 피

보험자가 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약“의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에

게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우에는 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하

며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “급여 뇌경색증 특정혈전제거수술보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료” $= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$
㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험

료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

제18조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년(갱신할 때 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도

이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지

할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제24조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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]

급부명칭	지급사유	지급금액
급여 뇌경색증 특정혈전제거수술보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌경색증”으로 진단확정되고, 그 “뇌경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 뇌경색증 혈전제거수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 갱신계약의 경우 “급여 뇌경색증 특정혈전제거수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “급여 뇌경색증 특정혈전제거수술보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인

분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

별첨 "장해분류표" 참조

(별표 4)

뇌경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 '뇌경색증'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌경색증	I63

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 과거·무증상성·열공성 뇌경색증으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

급여 뇌경색증 혈전제거수술 분류표

① 약관에서 규정하는 “급여 뇌경색증 혈전제거수술”은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-128호, 2025.7.29 시행)」중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-두개강내 혈관	M6636
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-두개강외 경부혈관	M6637
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-기타혈관	M6639

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

1. 보험금 (제6조), 계약자적립액 (제14조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
뇌경색증특정혈전제거수술특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 뇌경색증특정혈전제거수술특약H(간편N)를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌경색증특정혈전제거수술특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   ○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “뇌경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 과거·무증상성·열공성 뇌경색증으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술

(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등의 검사 결과를 기초로하여야 합니다.

제4조 (“급여 뇌경색증 혈전제거수술”의 정의)

이 특약에서 “급여 뇌경색증 혈전제거수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 5) "급여 뇌경색증 혈전제거수술 분류표"에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

제5조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“급여 뇌경색증 혈전제거수술”의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 뇌경색증 혈전제거수술 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 뇌경색증 혈전제거수술 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제4조(“급여 뇌경색증 혈전제거수술”의 정의)에도 불구하고 “급여 뇌경색증 혈전제거수술 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에

따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “급여 뇌경색증 혈전제거수술 관

련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌경색증”으로 진단확정되고, 그 “뇌경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 뇌경색증 혈전제거수술”을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급여 뇌경색증 특정혈전제거수술보험금(다만, 최초 1회에 한함)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 1년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니

다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표 상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해

의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

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

제10조 (보험금 등의 청구)

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

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금

이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

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

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 않

은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지

할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과

동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
급여 뇌경색증 특정혈전제거 수술보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌경색증”으로 진단확정되고, 그 “뇌경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 뇌경색증 혈전제거수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 “장해분류표” 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인

분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

별첨 "장해분류표" 참조

(별표 4)

뇌경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 '뇌경색증'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌경색증	I63

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 과거·무증상성·열공성 뇌경색증으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

급여 뇌경색증 혈전제거수술 분류표

① 약관에서 규정하는 “급여 뇌경색증 혈전제거수술”은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-128호, 2025.7.29 시행)」중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-두개강내 혈관	M6636
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-두개강외 경부혈관	M6637
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-기타혈관	M6639

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제4항 관련)

1. 보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제12조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

적립기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
뇌경색증특정혈전제거수술특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 뇌경색증특정혈전제거수술특약L(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌경색증특정혈전제거수술특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   ○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “뇌경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 과거·무증상성·열공성 뇌경색증으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술

(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등의 검사 결과를 기초로하여야 합니다.

제4조 (“급여 뇌경색증 혈전제거수술”의 정의)

이 특약에서 “급여 뇌경색증 혈전제거수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 5) "급여 뇌경색증 혈전제거수술 분류표"에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

제5조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“급여 뇌경색증 혈전제거수술”의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 뇌경색증 혈전제거수술 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 뇌경색증 혈전제거수술 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제4조(“급여 뇌경색증 혈전제거수술”의 정의)에도 불구하고 “급여 뇌경색증 혈전제거수술 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에

따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “급여 뇌경색증 혈전제거수술 관

련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌경색증”으로 진단확정되고, 그 “뇌경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 뇌경색증 혈전제거수술”을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급여 뇌경색증 특정혈전제거수술보험금(다만, 최초 1회에 한함)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 1년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니

다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표 상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해

의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

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

제10조 (보험금 등의 청구)

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

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금

이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

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

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도

이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할

때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
급여 뇌경색증 특정혈전제거 수술보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌경색증”으로 진단확정되고, 그 “뇌경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 뇌경색증 혈전제거수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 “장해분류표” 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인

분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

별첨 "장해분류표" 참조

(별표 4)

뇌경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 '뇌경색증'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌경색증	I63

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 과거·무증상성·열공성 뇌경색증으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

급여 뇌경색증 혈전제거수술 분류표

② 약관에서 규정하는 “급여 뇌경색증 혈전제거수술”은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-128호, 2025.7.29 시행)」중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-두개강내 혈관	M6636
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-두개강외 경부혈관	M6637
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-기타혈관	M6639

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제21조 제4항 관련)

1. 보험금 (제6조)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

적립기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 뇌심주요치료특약(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌심주요치료특약(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌심주요치료특약(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제20조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조(“허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 “2대질환”의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “허혈심장질환 및 뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병(이하 “2대질환”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “허혈심장질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사(치과의사 제외)”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다.

③ “뇌혈관질환”의 진단 확정은 병원의 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관

조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“2대질환주요치료”의 정의)

“2대질환주요치료”라 함은 “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우

제5조 ("수술"의 정의와 장소)

"수술"이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 “특정 행위”에서 제외합니다.

제6조 ("혈전용해치료"의 정의)

① “혈전용해치료”라 함은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자가 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 및 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전용해제”라 함은 심혈관 및 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제7조 ("중환자실치료"의 정의)

① "중환자실치료"라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 “「의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2.중환자실」”에 부합하는 입원치료실[(별표 5) “의료기관의 시설규격(중환자실)"참조]을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제8조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “2대질환”으로 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “2대질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 중환자실치

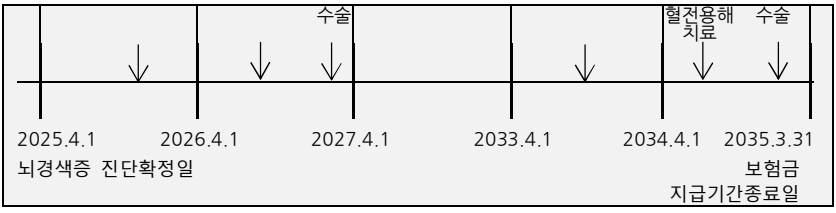
료)”를 받은 경우 “2대질환주요치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급 기준표" 참조]을 지급합니다.
(다만, “2대질환주요치료보험금”은 최초 진단확정일로부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))

[2대질환주요치료보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2025년 4월 1일
협심증(I20) 진단 확정일 : 2026년 12월 20일

최초 진단확정 후 1차년도	최초 진단확정 후 2차년도	최초 진단확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단확정 후 9차년도	최초 진단확정 후 10차년도
뇌경색증 (I63) 수술 1,000만원	뇌경색증 (I63) 혈전용해치료 1,000만원	2대질환주요 치료 미시행	뇌경색증 (I63) 중환자실치료 1,000만원	협심증(I20) 혈전용해치료 1,000만원
	협심증(I20) 수술 미지급	2대질환주요 치료 미시행		뇌경색증 (I63) 수술 미지급

최초 진단확정 후 1 차년도	최초 진단확정 후 2 차년도	최초 진단확정 후 3 차년도 ~8 차년도	최초 진단확정 후 9 차년도	최초 진단확정 후 10 차년도
특약보험가입금액 100% 1 회지급	특약보험가입금액 100% 1 회지급	미지급	특약보험가입금액 100% 1 회지급	특약보험가입금액 100% 1 회지급
뇌경색증 수술	뇌경색증 혈전용해치료	협심증 2 대질환주요치료 미시행	뇌경색증 중환자실치료	협심증 뇌경색증



제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 “2대질환”으로 최초 진단확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제20조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제8조(보험금의 지급사유)의 경우 연간1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 “2대질환” 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “2대질환” 진단해당일(“2대질환” 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 '“2대질환” 진단해당일'이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 '“2대질환” 진단해당일'로 합니다

④ 피보험자가 보험기간 중 “2대질환”으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제8조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “2대질환주요치료보험금”을 지급합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 제4조("2대질환주요치료"의 정의)에서 정한 수술, 혈전용해치료, 중환자실치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “2대질환주요치료보험금”을 연간1회만 지급합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명, 혈전용해치료 또는 종합병원이상 중환자실치료 일자 및 내용 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제12조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 경우

에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제23조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우
   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “2대질환”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간”에 사망하였을 경우
5. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망

이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 및 제4호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호 및 제4호의 경우 회사는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산" 과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제20조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부

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

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제23조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 (특약의 무효)

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

니다.

제19조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 “2대질환”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제20조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의

보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “2대질환”으로 최초 진단확정된 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신

이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제21조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제22조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험

료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제23조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약

의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “2대 질환”으로 최초 진단확정된 경우에는 “보험금 지급기간”이 경과하기 전까지 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제25조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
2 대질환주요치료보험금 (제 8 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "2 대질환"으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 "2 대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 “2 대질환주요치료”를 받은 경우 (다만, "2 대질환주요치료보험금"은 최초 진단확정일로부터 연간 1 회에 한하여 최대 10 년간 지급함(최대 10 회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 “2대질환”으로 최초 진단확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제20조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. “보험금 지급기간”이라 함은 "2대질환" 최초 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 이 특약에서 “연간”이란 "2대질환" 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 "2대질환" 진단해당일("2대질환" 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 ‘"2대질환" 진단해당일’이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 ‘"2대질환" 진단해당일’로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 및 뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 “허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
허혈심장질환	
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된

당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

의료기관의 시설규격(중환자실)

"「의료법」시행규칙 제34조(의료기관의 시설규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2. 중환자실"의 시설규격은 다음과 같습니다.

1. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
2. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
3. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
4. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
5. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기,지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
6. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함),심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
7. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
8. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
9. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
10. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야한다.
11. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실

은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항, 제16조 제5항 및 제25조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
2 대질환주요치료 보험금 (제8조) 및 계약자적립액 (제16조 제5항)	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%)
해약환급금 (제25조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

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

무배당 뇌심주요치료특약H
(연간1회한,최대10회)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌심주요치료특약H(연간1회한,최대10회)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌심주요치료특약H
(연간1회한,최대10회)(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조(“허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 “2대질환”의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “허혈심장질환 및 뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병(이하 “2대질환”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “허혈심장질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서

규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사(치과의사 제외)”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “허혈심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

③ “뇌혈관질환”의 진단 확정은 병원의 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (“2대질환주요치료”의 정의)

“2대질환주요치료”라 함은 “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받

은 경우

3. “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우

제5조 ("수술"의 정의와 장소)

"수술"이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 “특정 행위”에서 제외합니다.

제6조 ("혈전용해치료"의 정의)

① “혈전용해치료”라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자가 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 및 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전용해제”라 함은 심혈관 및 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약

제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제7조 ("중환자실치료"의 정의)

① "중환자실치료"라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 의사에 의하여 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 “「의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2.중환자실」”에 부합하는 입원치료실[(별표 5) “의료기관의 시설규격(중환자실)"참조]을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제8조 (보험금의 지급사유)

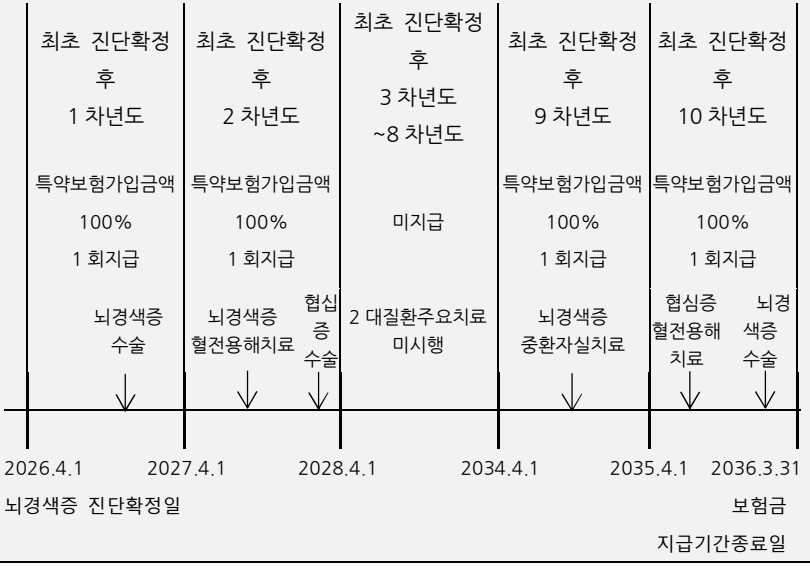
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “2대질환”으로 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “2대질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 중환자실치료)”를 받은 경우 “2대질환주요치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.

(다만, “2대질환주요치료보험금”은 최초 진단확정일로부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))

[2대질환주요치료보험금 지급예시]

계약일 : 2025년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2026년 4월 1일
협심증(I20) 진단 확정일 : 2027년 12월 20일

최초 진단확정 후 1차년도	최초 진단확정 후 2차년도	최초 진단확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단확정 후 9차년도	최초 진단확정 후 10차년도
뇌경색증 (I63) 수술 1,000만원	뇌경색증 (I63) 혈전용해치료 1,000만원	2대질환주요 치료 미시행	뇌경색증 (I63) 중환자실치료 1,000만원	협심증(I20) 혈전용해치료 1,000만원
	협심증(I20) 수술 미지급	2대질환주요 치료 미시행		뇌경색증 (I63) 수술 미지급



제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 “2대질환”으로 최초 진단이

확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제8조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 "2대질환” 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “2대질환” 진단해당일("2대질환” 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “2대질환” 진단해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “2대질환” 진단해당일로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 "2대질환”으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제8조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “2대질환주요치료보험금”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 "2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 제4조("2대질환주요치료"의 정의)에서 정한 수술, 혈전용해치료, 중환자실치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “2대질환주요치료보험금”을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10

년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지

급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는

지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 진단서(병명, 혈전용해치료 또는 종합병원이상 중환자실치료 일자 및 내용 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제12조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지

의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “2대질환”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느

하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법 원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제2호 및 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

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

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 “2대질환”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를

납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “2대 질환”으로 최초 진단확정된 경우에는 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은

이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공

하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지급사유	지급금액
2 대질환주요 치료보험금 (제 8 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "2대질환"으로 진단 확정되고, "보험금 지급기간" 이내에 "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "2대질환주요치료"를 받은 경우 (다만,"2대질환주요치료보험금"은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 "2대질환"으로 최초 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 또한, 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 "2대질환"으로 최초 진단확정되고, "보험금 지급기간" 중 사망하였을 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
3. "보험금 지급기간"이라 함은 "2대질환" 최초 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
4. 이 특약에서 "연간"이란 "2대질환" 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 "2대질환" 진단해당일("2대질환" 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 "2대질환" 진단해당일이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 "2대질환" 진단해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는

경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 및 뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 “허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
허혈심장질환	
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된

당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

의료기관의 시설규격(중환자실)

"「의료법」시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2. 중환자실"의 시설규격은 다음과 같습니다.

1. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
2. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
3. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
4. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
5. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기,지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
6. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함),심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
7. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
8. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
9. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
10. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야한다.
11. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실

은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항, 제14조 제5항 및 제23조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
2 대질환주요치료 보험금 (제8조) 계약자적립액 (제14조 제5항)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 뇌심주요치료특약L
(연간1회한,최대10회)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌심주요치료특약L(연간1회한,최대10회)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌심주요치료특약L
(연간1회한,최대10회)(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조(“허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 “2대질환”의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “허혈심장질환 및 뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병(이하 “2대질환”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “허혈심장질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서

규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사(치과의사 제외)”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “허혈심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

③ “뇌혈관질환”의 진단 확정은 병원의 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (“2대질환주요치료”의 정의)

“2대질환주요치료”라 함은 “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받

은 경우

3. “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우

제5조 ("수술"의 정의와 장소)

"수술"이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 “특정 행위”에서 제외합니다.

제6조 ("혈전용해치료"의 정의)

① “혈전용해치료”라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자가 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 및 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전용해제”라 함은 심혈관 및 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약

제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제7조 ("중환자실치료"의 정의)

① "중환자실치료"라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 의사에 의하여 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 “「의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2.중환자실」”에 부합하는 입원치료실[(별표 5) “의료기관의 시설규격(중환자실)"참조]을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제8조 (보험금의 지급사유)

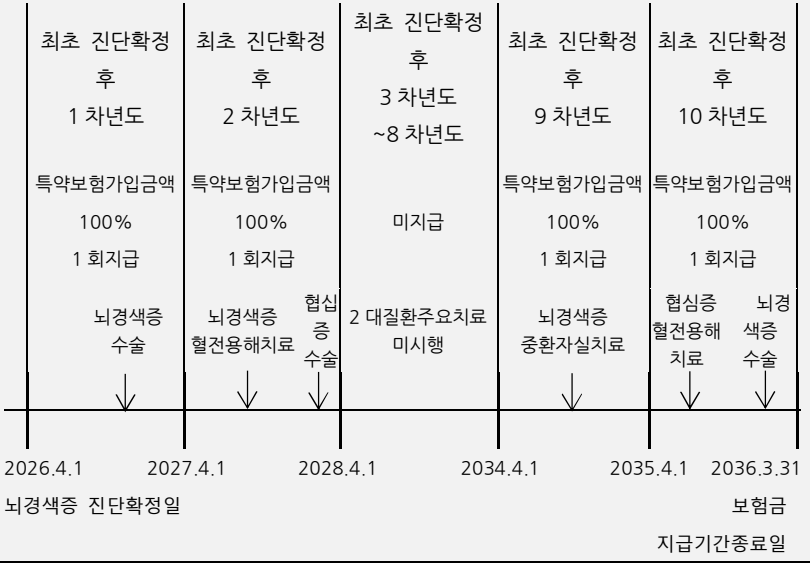
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “2대질환”으로 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “2대질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 중환자실치료)”를 받은 경우 “2대질환주요치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.

(다만, “2대질환주요치료보험금”은 최초 진단확정일로부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))

[2대질환주요치료보험금 지급예시]

계약일 : 2025년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2026년 4월 1일
협심증(I20) 진단 확정일 : 2027년 12월 20일

최초 진단확정 후 1차년도	최초 진단확정 후 2차년도	최초 진단확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단확정 후 9차년도	최초 진단확정 후 10차년도
뇌경색증 (I63) 수술 1,000만원	뇌경색증 (I63) 혈전용해치료 1,000만원	2대질환주요 치료 미시행	뇌경색증 (I63) 중환자실치료 1,000만원	협심증(I20) 혈전용해치료 1,000만원
	협심증(I20) 수술 미지급	2대질환주요 치료 미시행		뇌경색증 (I63) 수술 미지급



제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 “2대질환”으로 최초 진단이

확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제8조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 "2대질환” 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “2대질환” 진단해당일("2대질환” 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “2대질환” 진단해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “2대질환” 진단해당일로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 "2대질환”으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제8조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “2대질환주요치료보험금”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 "2대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 제4조("2대질환주요치료"의 정의)에서 정한 수술, 혈전용해치료, 중환자실치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “2대질환주요치료보험금”을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10

년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지

급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는

지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명, 혈전용해치료 또는 종합병원이상 중환자실치료 일자 및 내용 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제12조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립

이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “2대질환”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법 원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

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

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

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

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 “2대질환”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약

의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “2대 질환”으로 최초 진단확정된 경우에는 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지급사유	지급금액
2 대질환주요 치료보험금 (제 8 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "2대질환"으로 진단 확정되고, "보험금 지급기간" 이내에 "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "2대질환주요치료"를 받은 경우 (다만,"2대질환주요치료보험금"은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 "2대질환"으로 최초 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. "보험금 지급기간"이라 함은 "2대질환" 최초 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
3. 이 특약에서 "연간"이란 "2대질환" 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 "2대질환" 진단해당일("2대질환" 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 "2대질환" 진단해당일이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 "2대질환" 진단해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는

경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 및 뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 “허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
허혈심장질환	
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된

당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

의료기관의 시설규격(중환자실)

"「의료법」시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2. 중환자실"의 시설규격은 다음과 같습니다.

1. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
2. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
3. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
4. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
5. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기,지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
6. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함),심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
7. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
8. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
9. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
10. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야한다.
11. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실

은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항 및 제23조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
2 대질환주요치료 보험금 (제8조)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
뇌정위적방사선수술특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌정위적방사선수술특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌정위적방사선수술특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“급여 뇌정위적 방사선수술”의 정의)

① 이 특약에서 "급여 뇌정위적 방사선수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 (별표 4) "급여 뇌 정위적방사선수술 분류표"에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

② 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

③ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 뇌 정위적방사선수술”을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “뇌 정위적방사선

수술보험금(급여)”(다만, 연간 1회에 한함) [(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만인 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 “급여 뇌 정위적방사선수술”을 받았을 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결

정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 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 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

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

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보

험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나

과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게

서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력

을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된

경우

⑩ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

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

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보

험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계

약의 보험기간 종료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도

이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회

복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여

드립니다.

제21조(해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌 정위적방사선 수술보험금(급여) (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 뇌 정위적방사선수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	200만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만인 경우 50% 감액 지급)

(주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

3. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

급여 뇌 정위적방사선수술 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 뇌 정위적방사선수술”로 분류되는 항목은 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 제2024-23호, 2024.3.1 시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
뇌 정위적 방사선수술	감마나이프 이용	HD113
	사이버나이프 이용	HD114
	선형가속기 이용	HD115

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

1. 수술보험금(급여) (제4조) 및 계약자적립액 (제12조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의

사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당

뇌출혈및뇌경색증진단특약(간편N/갱신형)

약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌출혈및뇌경색증진단특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌출혈및뇌경색증진단특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융

감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌출혈 및 뇌경색증”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “뇌출혈 및 뇌경색증”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌출혈 및 뇌경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌출혈 및 뇌경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사 · 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단 또는 치료를

받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 “뇌출혈 및 뇌경색증” 진단보험금(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급) (별표 1) “보험금 지급기준표”을 지급합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) ”장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단이 확정될 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “뇌출혈 및 뇌경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 해당 질병의 진단확정일로 하여 제4조(보험금

의 지급사유)에 따른 해당 질병의 진단보험금을 지급합니다.

⑤ 제4항에 의한 진단 확정으로 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에서 정한 바에 따라 특약이 소멸(피보험자의 사망으로 인한 경우를 제외합니다)된 경우에는 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 '사망'의 원인 및 '진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 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 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표 상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라

장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 갱신계약의 경우 “뇌출혈 및 뇌경색증 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “뇌출혈 및 뇌경색증 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편

등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을

제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력

을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의

하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료 시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우에는 회사는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에 따라 계산된 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회

복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “뇌출

혈 및 뇌경색증” 진단보험금을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년(갱신할 때 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료

일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었

으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
“뇌출혈 및 뇌경색증” 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 갱신계약의 경우 “뇌출혈 및 뇌경색증 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “뇌출혈 및 뇌경색증 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌출혈 및 뇌경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌출혈 및 뇌경색증	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

1. 진단보험금 (제4조) 및 계약자적립액 (제12조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표

시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 뇌출혈및뇌경색증진단특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌출혈및뇌경색증진단특약H(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌출혈및뇌경색증진단특약H(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
      ○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌출혈 및 뇌경색증”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “뇌출혈 및 뇌경색증” 이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 분류되는 질병[(별표 4) “뇌출혈 및 뇌경색증 분류표” 참조]을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌출혈 및 뇌경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사 · 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전

자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 “뇌출혈 및 뇌경색증” 진단보험금(다만, 최초 1회에 한하며, 계약일부터 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 [(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 계약일부터 1년 미만에 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단이 확정될 경우 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그후에 “뇌출혈 및 뇌경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에

는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 “뇌출혈 및 뇌경색증” 진단보험금을 지급합니다.

④ 제3항에 의한 진단 확정으로 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제3호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 “뇌출혈 및 뇌경색증” 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 ‘사망’의 원인 및 “뇌출혈 및 뇌경색증” 진단보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 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 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라

장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)

에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

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

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지

의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제4조(보험금의 지급사유)의 “뇌출혈 및 뇌경색증” 진단보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 "추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우"는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된

경우

⑨ 제17조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지

급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지

합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연

체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
“뇌출혈 및 뇌경색증” 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해

가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌출혈 및 뇌경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌출혈 및 뇌경색증	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제10조 제5항 및 제19조 제4항 관련)

1. "뇌출혈 및 뇌경색증" 진단보험금 (제4조) 및 계약자적립액(제10조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th colspan="2">기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 뇌출혈및뇌경색증진단특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌출혈및뇌경색증진단특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌출혈및뇌경색증진단특약L(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
      ○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌출혈 및 뇌경색증”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “뇌출혈 및 뇌경색증” 이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 분류되는 질병[(별표 4) “뇌출혈 및 뇌경색증 분류표” 참조]을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌출혈 및 뇌경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사 · 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전

자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 “뇌출혈 및 뇌경색증” 진단보험금(다만, 최초 1회에 한하며, 계약일부터 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 [(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 계약일부터 1년 미만에 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단이 확정될 경우 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그후에 “뇌출혈 및 뇌경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에

는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 “뇌출혈 및 뇌경색증” 진단보험금을 지급합니다.

④ 제3항 및 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 ‘사망’의 원인 및 “뇌출혈 및 뇌경색증” 진단보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 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 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계

에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

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

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에

보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제4조(보험금의 지급사유)의 “뇌출혈 및 뇌경색증” 진단보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으

로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제4항의 “추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우”는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑦ 제17조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는

특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지

합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연

체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
“뇌출혈 및 뇌경색증” 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해

가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌출혈 및 뇌경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌출혈 및 뇌경색증	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제19조 제4항 관련)

1. "뇌출혈 및 뇌경색증" 진단보험금 (제4조)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th colspan="2">기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 뇌출혈진단특약(간편N/갱신형) 약관

이 특약의 약관은 무배당 뇌출혈진단특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌출혈진단특약(간편N/갱신형)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약

의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌출혈 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌출

혈”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 뇌출혈 진단보험금(다만, 최초 1회에 한하며, 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 뇌출혈로 진단이 확정될 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 피보험자가 이 특약의 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는

그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 뇌출혈 진단보험금을 지급합니다.

⑤ 제4항에 의한 진단 확정으로 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에서 정한 바에 따라 계약이 소멸(피보험자의 사망으로 인한 경우를 제외합니다)된 경우에는 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 뇌출혈 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 '사망'의 원인 및 '뇌출혈 진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지

않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니

다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

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

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 갱신계약의 경우 “뇌출혈 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “뇌출혈 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나

보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된

전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라

하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 보장

을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약“의 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 최초계약 으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되

지 않는 경우

이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 그때부터 효력은 가지지 않습니다. 계약

자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 갱신) 제2항에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거

나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 “뇌출혈 진단보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”
= 감액 전 이미 납입한 보험료 × 감액 후 보험가입금액

감액 전 보험가입금액

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제17조 (특약의 갱신)

① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간

종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

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

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가

제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해

지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

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

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 "산출방법서"에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정

을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌출혈 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 갱신계약의 경우 “뇌출혈 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “뇌출혈 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가

개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌출혈 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, 외상성 두개내출혈로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 뇌출혈 진단보험금 (제4조), 계약자적립액 (제12조 제5항)

적 립 기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항)

적 립 기 간	지 급 이 자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표

시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 뇌출혈진단특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌출혈진단특약H(간편N)를** 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌출혈진단특약H(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
      ○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌출혈 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하

여 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.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌출혈 진단보험금(다만, 최초 1회에 한하며, 계약일부터 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 [(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 계약일부터 1년 미만에 뇌출혈로 진단이 확정될 경우 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈 진단보험금을 지급합니다.

④ 제3항에 의한 진단 확정으로 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제3호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제4항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제3항 및 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 '사망'의 원인 및 뇌출혈 진단보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 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 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한

때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거

나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

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

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

수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보

험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제4조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈 진단보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 “추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우”는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된

경우

⑧ 제17조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지

급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약

보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
뇌출혈 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해

가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌출혈 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, 외상성 두개내출혈로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제10조 제4항 및 제19조 제4항 관련)

1. 뇌출혈 진단보험금 (제4조) 및 계약자적립액(제10조 제4항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 뇌출혈진단특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌출혈진단특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌출혈진단특약L(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
      ○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌출혈 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하

여 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.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌출혈 진단보험금(다만, 최초 1회에 한하며, 계약일부터 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 [(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 계약일부터 1년 미만에 뇌출혈로 진단이 확정될 경우 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈 진단보험금을 지급합니다.

④ 제3항 및 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 '사망'의 원인 및 뇌출혈 진단보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단

에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 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 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생

장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

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

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하

거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 제4조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈 진단보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부

터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제4항의 “추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우”는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑦ 제17조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이

율을 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약

의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약

환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
뇌출혈 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해

가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌출혈 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, 외상성 두개내출혈로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제19조 제4항 관련)

1. 뇌출혈 진단보험금 (제4조)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 뇌혈관질환상급종합병원입원특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌혈관질환상급종합병원입원특약H(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌혈관질환상급종합병원입원특약H(간편N)

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약
보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌혈관질환 분류표” 에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초

로 하여야 합니다.

제4조 (“입원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제6조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 상급종합병원 지정기준 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 상급종합

병원 제도의 변경으로 상급종합병원 구분 지정이 불가능한 경우

【예시】
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

【계약자적립액】
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 1호의 경우 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약

은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 상급종합병원의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정으로 상급종합병원의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단확정받고 그 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 1일 이상 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은

장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

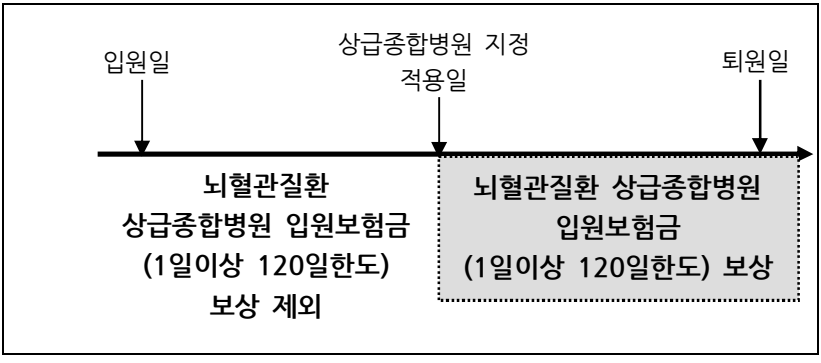
⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제21항, 제22항 및 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.

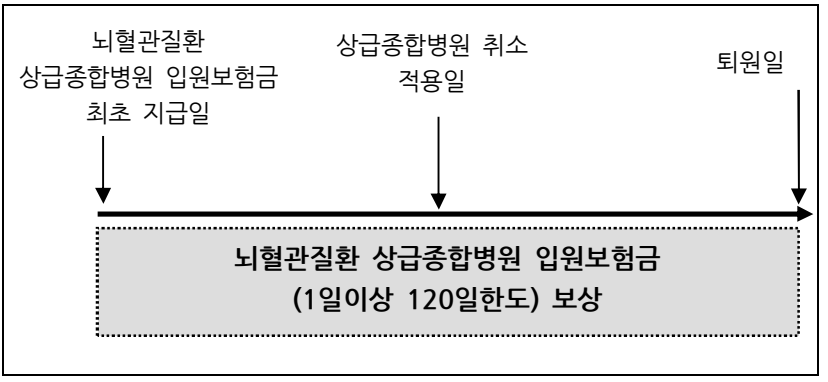
⑮ 피보험자가 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까

지 제21항, 제22항 및 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.

⑯ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원지정 적용일부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.



⑰ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우라 하더라도 최초 퇴원일까지 계속 중인 입원기간에 대하여는 제21항, 제22항 및 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.



⑱ 제5조(“상급종합병원”의 정의)에서 정한 상급종합병원을 이전하여 상급종합병원에 입원한 경우에도 동일한 뇌혈관질환으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑲ 제18항, 제20항 및 제22항의 경우 계속입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

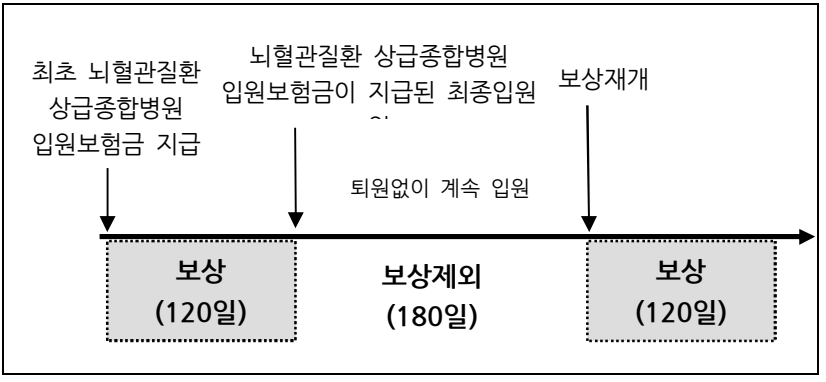
⑳ 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제21항의 규정에 따라 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금을 지급합니다.

㉑ 제7조(보험금의 지급사유)에서 정하는 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

㉒ 제7조(보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금은 피보험자가 동일한 뇌혈관질환으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제21항의 규정을 적용합니다.

㉓ 제22항에도 불구하고 피보험자가 동일한 뇌혈관질환의 직접적인 치료에 의한 입원이라도 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후의 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 뇌혈관질

환 상급종합병원 입원보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



㉔ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험

금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가

발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우

2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (특약의 보장개시)

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

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

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입기간 및 보험료 납입)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지되고, 해약환급금이 발생한 경우 계약자에게 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 절차에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이

특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(특약의 보장개시)의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」

대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.

2.「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제24조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급내용
뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금 (제7조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”을 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에 1일 이상 “입원”하였을 경우 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)	입원일수 1일당 10만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 재해의 해당여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당질병 보장 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병

·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제13조 제5항 및 제23조 제4항 관련)

구분	기간	지급이자
뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금 (제7조) 및 계약자적립액 (제13조 제5항)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	·1년이내 : 평균공시이율의 50% ·1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

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

무배당 뇌혈관질환상급종합병원입원특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌혈관질환상급종합병원입원특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌혈관질환상급종합병원입원특약L(간편N)

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약
보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌혈관질환 분류표” 에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET),

단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“입원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제6조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 상급종합병원 지정기준 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정기준 등이 폐지되는 경우

2. 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원 구분 지정이 불가능한 경우

【예시】
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

【계약자적립액】
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 1호의 경우 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변

경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 상급종합병원의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정으로 상급종합병원의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단확정받고 그 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 1일 이상 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납

입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가

지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

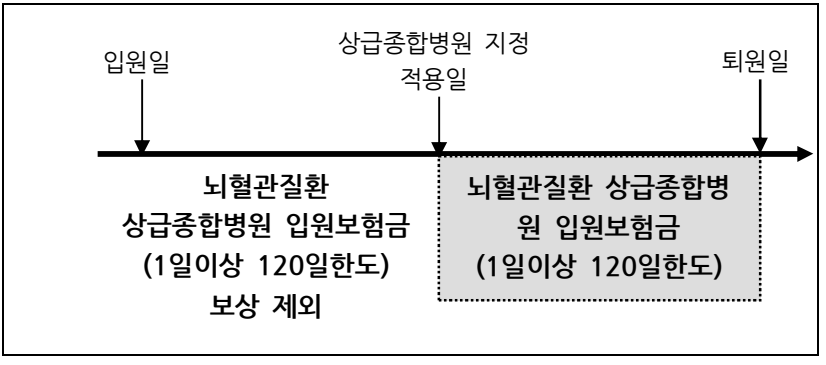
⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제21항, 제22항 및 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.

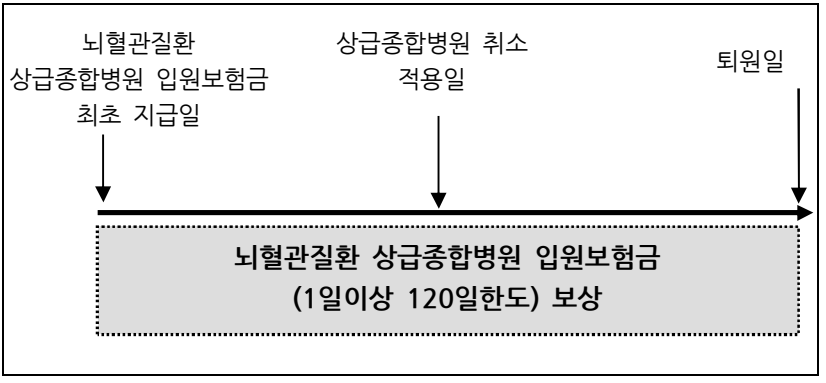
⑮ 피보험자가 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외

의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제21항, 제22항 및 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.

⑯ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원지정 적용일부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.



⑰ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우라 하더라도 최초 퇴원일까지 계속 중인 입원기간에 대하여는 제21항, 제22항 및 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.



⑱ 제5조(“상급종합병원”의 정의)에서 정한 상급종합병원을 이전하여 상급종합병원에 입원한 경우에도 동일한 뇌혈관질환으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑲ 제18항, 제20항 및 제22항의 경우 계속입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

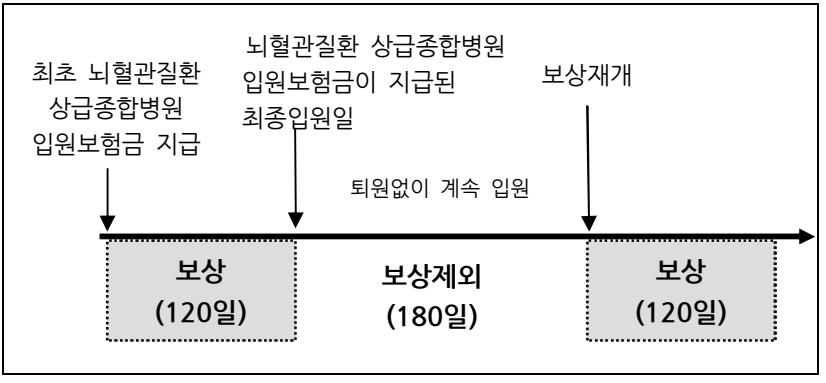
⑳ 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제21항의 규정에 따라 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금을 지급합니다.

㉑ 제7조(보험금의 지급사유)에서 정하는 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

㉒ 제7조(보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금은 피보험자가 동일한 뇌혈관질환으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제21항의 규정을 적용합니다.

㉓ 제22항에도 불구하고 피보험자가 동일한 뇌혈관질환의 직접적인 치료에 의한 입원이라도 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후의

입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



㉔ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에

보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

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

⑥ 제5항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (특약의 보장개시)
이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제15조 (피보험자의 범위)
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)
① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없

거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입기간 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지되고, 해약환급금이 발생한 경우 계약자에게 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 절차에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정

한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(특약의 보장개시)의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.

2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에

따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제24조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금 (제7조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”을 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에 1일 이상 “입원”하였을 경우 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)	입원일수 1일당 10만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 재해의 해당여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당질병 보장 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병

·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제23조 제4항 관련)

구분	기간	지급이자
뇌혈관질환 상급종합병원 입원보험금 (제7조)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	·1년이내 : 평균공시이율의 50% ·1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

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

무배당
뇌혈관질환상급종합병원통원특약H(연간30회한)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌혈관질환상급종합병원통원특약H(연간30회한)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌혈관질환상급종합병원통원특약H
(연간30회한)(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는

한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“통원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 “병원”에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하지 않고 내원하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제6조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제5조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규정 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원 지정기준 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제

3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정 되고 그 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원을 하였을 경우 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 상급종합병원 통원보험금(통원 1회당, 1일 1회한 연간 30회 한도) [(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]를 지급합니다.
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.

④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(“상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.

⑤ 제7조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 통원보험금의 지급 횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

⑥ 제7조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간

을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑦ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두

가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 통원확인서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서

류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 “병원”에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입

이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

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

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 "실종기간"이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과

같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙

전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입

최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 상급종합병원 통원보험금 (제7조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단이 확정되고 그 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 10만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.
4. 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.
5. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에 규정한 제1급 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌혈관질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상

으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제4항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
뇌혈관질환상급종합병원통원보험금(제7조) 및 계약자적립액(제13조 제5항)	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%)
해약환급금(제22조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

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

무배당
뇌혈관질환상급종합병원통원특약L(연간30회한)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌혈관질환상급종합병원통원특약L(연간30회한)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌혈관질환상급종합병원통원특약L
(연간30회한)(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는

한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“통원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 “병원”에 입실(입·퇴원확인서 발급기준)하지 않고 내원하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제6조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제5조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규정 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원 지정기준 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제

3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정 되고 그 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원을 하였을 경우 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 상급종합병원 통원보험금(통원 1회당, 1일 1회한 연간 30회 한도) [(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]를 지급합니다.
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.

④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(“상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.

⑤ 제7조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 통원보험금의 지급 횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

⑥ 제7조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간

을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑦ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두

가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 통원확인서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서

류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 “병원”에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입

이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

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

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 "실종기간"이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이

지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

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

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약

의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지

할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과

동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 상급종합병원 통원보험금 (제7조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단이 확정되고 그 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 10만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.
4. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에 규정한 제1급 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌혈관질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상

으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제22조 제4항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
뇌혈관질환상급종합병원통원보험금(제7조)	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%)
해약환급금(제22조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

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

무배당 뇌혈관질환수술보장특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌혈관질환수술보장특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌혈관질환수술보장특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융

감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

5. 보험료 납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌혈관질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 ‘특정 행위’에서 제외됩니다.

② 이 특약에서 “관혈수술” 및 “비관혈수술”이라 함은 다음과 같습니다.

1. “관혈수술”이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 “수술”하는 것을 말합니다.
2. “비관혈수술”이라 함은 “수술”에서 정한 행위 중 “관혈수술”에 해당하지 않는 수술을 말합니다.

제5조 (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 “뇌혈관질환”으로 진단확정 받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “관혈수술”을 받았을 경우(다만, 최초 1회에 한함)
   : 뇌혈관질환 관혈수술보험금
   (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
   ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술의 경우 관혈수술에 준하여 보험금 지급
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정 받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “비관혈수술”을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한함)
   : 뇌혈관질환 비관혈수술보험금
   (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

※ 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 [뇌혈관질환 관혈수술 보장계약] 및 [뇌혈관질환 비관혈수술 보장계약]으로 나뉘어 갱신되며, 제1호 및 제2호의 수술보험금은 각 해당 수술의 보장계약에 한하여 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%

이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제

3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 갱신계약의 경우 [뇌혈관질환 관혈수술 보장계약]에서 “뇌혈관질환 관혈수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [뇌혈관질환 관혈수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “뇌혈관질환 관혈수술보험금”으로 지급합니다. 이때 [뇌혈관질환 관혈수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

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

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에

보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장

을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구

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

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우. 다만, 갱신계약 중 「뇌혈관질환 관혈수술 보장계약」에서 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보장계약에 한하여 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명의 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)

이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제8항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험

계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “뇌혈관질환 관혈수술보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료” $= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$ ㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한

후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 갱신합니다.
다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에 따라 이 특약을 갱신하는 경우에는 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 [뇌혈관질환 관혈수술 보장계약] 및 [뇌혈관질환 비관혈수술 보장계약]으로 나뉘어 갱신됩니다.
다만, 갱신 전 계약에서 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 [뇌혈관질환 관혈수술 보장계약]을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일

하게 적용됩니다.

⑤ 갱신계약은 제4항에 따른 각각의 보장계약을 합하여 하나의 계약으로 봅니다.

⑥ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑦ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑧ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며,

이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

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

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

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

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에

대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

■ 최초계약

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 관혈 수술보험금 (제5조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급) ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술의 경우 관혈수술에 준하여 보험금 지급
뇌혈관질환 비관혈 수술보험금 (제5조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “비관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	200만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계

약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

3. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

■ **갱신계약**

※ 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 「뇌혈관질환 관혈수술 보장계약」, 「뇌혈관질환 비관혈수술 보장계약」으로 나뉘어 갱신됩니다.
다만, 갱신 전 계약에서 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 「뇌혈관질환 관혈수술 보장계약」을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
단, 갱신계약은 각각의 보장계약을 합하여 하나의 계약으로 봅니다.

[뇌혈관질환 관혈수술 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 관혈수술보험금 (제5조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원 ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술의 경우 관혈수술에 준하여 보험금 지급

[뇌혈관질환 비관혈수술 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 비관혈수술보험금 (제5조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “비관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	200만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일

한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. [뇌혈관질환 관혈수술 보장계약]에서 “뇌혈관질환 관혈수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [뇌혈관질환 관혈수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “뇌혈관질환 관혈수술보험금”으로 지급합니다. 이때 [뇌혈관질환 관혈수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌혈관질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상

으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 수술보험금 (제5조 제1호 및 제2호) 및 계약자적립액 (제13조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

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

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표

시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 뇌혈관질환수술보장특약H(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌혈관질환수술보장특약H(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌혈관질환수술보장특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌혈관질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사(치과의사 제외)”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과

함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 ‘특정 행위’에서 제외됩니다.

② 이 특약에서 “관혈수술” 및 “비관혈수술”이라 함은 다음과 같습니다.

1. “관혈수술”이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 “수술”하는 것을 말합니다.

2. “비관혈수술”이라 함은 “수술”에서 정한 행위 중 “관혈수술”에 해당하지 않는 수술을 말합니다.

제5조 (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 “뇌혈관질환”으로 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “관혈수술”을 받았을 경우(다만, 최초 1회에 한함)
   : 뇌혈관질환 관혈수술보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
   ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술의 경우 관혈수술에 준하여 보험금 지급
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “비관혈수술”을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한함)
   : 뇌혈관질환 비관혈수술보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%

이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지

급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 진단서(병명기입), 사망진단서, 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험

금 지급사유 및 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효

력은 소멸되지 않습니다.

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

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제18조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 무효)

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

제14조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는

보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한

경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여

드립니다.

제20조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

> **[해약환급금 관련 유의사항]**
> 1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
> 2. 1.에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영

업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제21조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 관혈 수술보험금 (제5조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급) ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술의 경우 관혈수술에 준하여 보험금 지급
뇌혈관질환 비관혈 수술보험금 (제5조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “비관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	200만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래

하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌혈관질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

> 한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
> 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제11조 제5항 및 제20조 제4항 관련)

1. 수술보험금 (제5조 제1호 및 제2호) 및 계약자적립액(제11조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제20조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면,

전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 뇌혈관질환수술보장특약L(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌혈관질환수술보장특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌혈관질환수술보장특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌혈관질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사(치과의사 제외)”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과

함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 ‘특정 행위’에서 제외됩니다.

② 이 특약에서 “관혈수술” 및 “비관혈수술”이라 함은 다음과 같습니다.

1. “관혈수술”이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 “수술”하는 것을 말합니다.

2. “비관혈수술”이라 함은 “수술”에서 정한 행위 중 “관혈수술”에 해당하지 않는 수술을 말합니다.

제5조 (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 “뇌혈관질환”으로 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “관혈수술”을 받았을 경우(다만, 최초 1회에 한함)
   : 뇌혈관질환 관혈수술보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
   ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술의 경우 관혈수술에 준하여 보험금 지급
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “비관혈수술”을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한함)
   : 뇌혈관질환 비관혈수술보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다]

중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급

률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 진단서(병명기입), 사망진단서, 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는

접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제18조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 무효)

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

제14조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없

거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제20조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 1.에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제21조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 관혈 수술보험금 (제5조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급) ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술의 경우 관혈수술에 준하여 보험금 지급
뇌혈관질환 비관혈 수술보험금 (제5조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “비관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	200만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌혈관질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

> 한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
> 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제20조 제4항 관련)

1. 수술보험금 (제5조 제1호 및 제2호)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제20조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th colspan="2">기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면,

전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 뇌혈관질환입원특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌혈관질환입원특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌혈관질환입원특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② "뇌혈관질환"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“입원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”을 진단확정받고 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 “입원”하였을 때에

는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 입원비[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]를 지급합니다. (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에는 50% 감액 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 그 입원이 퇴원없이 최초계약의 보험계약일부터 1년 이후까지 계속 되었을 경우에는, 최초계약의 보험계약일부터 1년 이후의 입원기간에 대해서는 회사는 약정한 보험금의 100%를 지급합니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, “장해분류표”에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이

10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 “장해분류표” 상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, “장해분류표” 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 “장해분류표”상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, “장해분류표”의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ “장해분류표”에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 “장해분류표”의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께

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

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 제4조(“입원”의 정의와 장소)에서 정한 병원 또는 의원을 이전하여 “입원”한 경우에도 동일한 “뇌혈관질환”으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 “입원”한 때에는 계속하여 “입원”한 것으로 봅니다.

⑯ 제15항, 제17항 및 제20항의 경우 계속입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 “입원”하는 것을 뜻합니다.

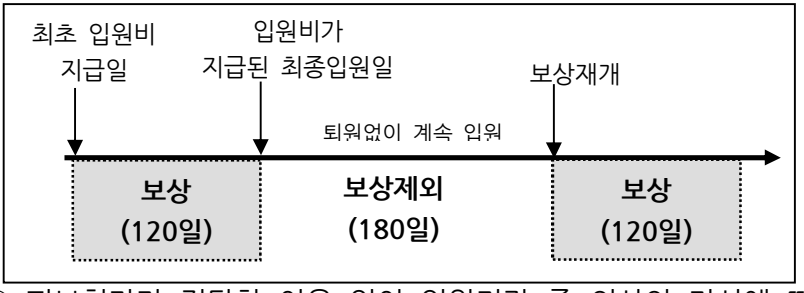
⑰ 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제18항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.

⑱ 제5조(보험금의 지급사유)에서 정하는 입원비의 지급일수는 1회 “입원”당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 “입원”이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 “입원”일을 기준으로 1회 “입원”당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

⑲ 제5조(보험금의 지급사유)의 입원비는 피보험자가 동일한 “뇌혈관질환”으로 인하여 “입원”을 2회 이상 한 경우에는 1회 “입원”으로 보아 각 입원일수를 더하여 제18항의 규정을 적용합니다.

⑳ 제19항에도 불구하고 피보험자가 동일한 “뇌혈관질환”에 의한 “입원”이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일

이 지난 후의 “입원”은 새로운 “입원”으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 “입원”중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑳ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 입·퇴원확인서, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 “병원”에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단

계약의 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시

알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을

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

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」(이하 "산출방법서"라 합니다)에 따라 계산된

사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

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

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제

3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년(갱신할 때 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율

이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도

해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지되고, 해약환급금이 발생한 경우 계약자에게 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 절차에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특

약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항의 규정을 따릅니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

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

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급내용
뇌혈관질환 입원비 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”을 진단확정받고 직접적인 치료 목적으로 1일 이상 “입원”하였을 경우	입원일수 1일당 2만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도이며, 최초 계약의 보험계약일부터 1년 미만에는 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호,

2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌혈관질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
뇌혈관질환 입원비(제5조), 계약자적립액(제13조)	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%)
해약환급금(제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	·1년이내 : 평균공시이율의 50% ·1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 뇌혈관질환진단특약(간편N/갱신형)

약관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌혈관질환진단특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌혈관질환진단특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니

다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표4) “뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 진단보험금(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표3) ‘장해분류표’ 참조, 이하 ‘장해분류표’라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 “뇌혈관질환”으로 진단이 확정될 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 해당 질병의 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 질병의 진단보험금을 지급합니다.

⑤ 제4항에 의한 진단 확정으로 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제4호에서 정한 바에 따라 계약이 소멸(피보험자의 사

망으로 인한 경우를 제외합니다)된 경우에는 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 '사망'의 원인 및 '진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이

10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 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 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께

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

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 갱신계약의 경우 “뇌혈관질환진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “뇌혈관질환진단보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험

금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나

과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를

얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된

경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실

종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 “추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우”는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력

회복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제 13 조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “뇌혈관질환 진단보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료

일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정

한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. “뇌혈관질환”은 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 “뇌혈관질환진단보험금”을 보장하지 않습니다.
4. 갱신계약의 경우 “뇌혈관질환진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “뇌혈관질환진단보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판

단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌혈관질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상

으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

1. 진단보험금 (제4조) 및 계약자적립액(제12조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항)

적립기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

무배당 뇌혈관질환진단특약H(간편N)

약관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌혈관질환진단특약H(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌혈관질환진단특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
      ○ 무해약환급금형 특약
      보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납

입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제14조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표4) “뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET),

단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등의 결과에 일치되게 “뇌혈관질환”의 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 진단보험금(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표3) ‘장해분류표’ 참조, 이하 ‘장해분류표’라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 “뇌혈관질환”으로 진단이 확정될 경우 회사는 뇌혈관질환 진단보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “뇌혈관질

환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 뇌혈관질환 진단보험금을 지급합니다.

④ 제3항 및 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제3항에 의한 진단 확정으로 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제3호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제4항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

> **[계약자적립액]**
> 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피

보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 '사망'의 원인 및 '뇌혈관질환 진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니

다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된

전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

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

⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우.

⑧ 제17조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제 11 조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때

에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는

보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판

단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상

으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제10조 제4항 및 제19조 제4항 관련)

1. 뇌혈관질환 진단보험금(제4조) 및 계약자적립액(제10조 제4항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금(제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

무배당 뇌혈관질환진단특약L(간편N)

약관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌혈관질환진단특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌혈관질환진단특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
      ○ 무해약환급금형 특약
      보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납

입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제14조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표4) “뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET),

단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등의 결과에 일치되게 “뇌혈관질환”의 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 진단보험금(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표3) ‘장해분류표’ 참조, 이하 ‘장해분류표’라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 “뇌혈관질환”으로 진단이 확정될 경우 회사는 뇌혈관질환 진단보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “뇌혈관질

환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 뇌혈관질환 진단보험금을 지급합니다.

④ 제3항 및 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 ‘사망’의 원인 및 ‘뇌혈관질환 진단보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제

6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 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 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등

으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제4항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우.

⑦ 제17조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제 11 조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회

사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입

최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판

단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상

으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제19조 제4항 관련)

1. 뇌혈관질환 진단보험금(제4조)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금(제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

무배당 뇌혈관질환통원특약H(연간30회한)(간편N) 약관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌혈관질환통원특약H(연간30회한)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌혈관질환통원특약H(연간30회한)(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
         이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌혈관질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단

층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“통원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하지 않고 내원하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정 받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 통원보험금(1일 1회한, 연간 30회한)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납

입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유) 뇌혈관질환 통원보험금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치

료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에

서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

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

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

   [실종선고]
   부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사

망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

【계약자적립액】
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제18조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력

회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습

니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지

합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제20조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입

최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급내용
뇌혈관질환 통원보험금 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우(1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

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

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌혈관질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상

으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제11조 제5항 및 제20조 제4항 관련)

1. 뇌혈관질환 통원보험금 (제5조) 및 계약자적립액 (제11조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제20조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

무배당 뇌혈관질환통원특약L(연간30회한)(간편N) 약관

이 특약의 약관은 **무배당 뇌혈관질환통원특약L(연간30회한)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 뇌혈관질환통원특약L(연간30회한)(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
         이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌혈관질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단

층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“통원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하지 않고 내원하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정 받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 통원보험금(1일 1회한, 연간 30회한)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납

입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유) 뇌혈관질환 통원보험금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치

료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에

서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

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

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

   [실종선고]
   부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

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

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제18조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

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

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지

합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제20조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입

최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급내용
뇌혈관질환 통원보험금 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정받고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우(1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

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

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

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

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌혈관질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상

으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제20조 제4항 관련)

1. 뇌혈관질환 통원보험금 (제5조)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제20조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

무배당
대상포진및통풍보장특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 대상포진및통풍보장특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 대상포진및통풍보장특약(간편N/갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표4) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표5) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니

다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“대상포진”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “대상포진”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “대상포진”으로 분류되는 질병[(별표2) “대상포진 분류표” 참조]을 말합니다.

② “대상포진”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“통풍”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “통풍”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “통풍”으로 분류되는 질병[(별표3) “통풍 분류표” 참조]을 말합니다.

② “통풍”의 진단확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 증상과 함께 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및

편광현미경 검사, 기타 혈액 검사, 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

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

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대상포진”으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 대상포진진단보험금(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “통풍”으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 통풍진단보험금(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

※ 갱신계약의 경우, 제1호 및 제2호의 보험금은 각 해당 질병의 보장계약에 한하여 보장합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표5) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니

다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 대상포진 또는 통풍으로 진단이 확정될 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 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 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을

결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 갱신계약의 경우 「대상포진 보장계약」에서 “대상포진 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “대상포진 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

⑯ 갱신계약의 경우 「통풍 보장계약」에서 “통풍 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “통풍 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

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

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

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

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립

이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시

알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약“의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

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

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납

입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우. 다만, 갱신계약 중 각각의 보장계약에서 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보장계약에 한하여 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

③ 제 2 항 제 1 호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니

다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제2항 제3호의 경우에는 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없

는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “대상포진 진단보험금” 또는 “통풍 진단보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ **감액 이후의 “이미 납입한 보험료”**

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제18조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년(갱신할 때 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간)

미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제18조 (특약의 갱신)

① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에 따라 이 특약을 갱신하는 경우 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 「대상포진 보장계약」, 「통풍 보장계약」으로 나뉘어 갱신됩니다. 다만, 갱신 전 계약에서 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 「대상포진 보장계약」, 「통풍 보장계약」을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

④ 갱신계약은 제3항에 따른 각각의 보장계약을 합하여 하나의 계약으로 봅니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회

사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제24조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

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

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에

대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

■ **최초계약**

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
대상포진 진단보험금 (약관 제5조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대상포진”으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	100만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 진단 확정되었을 경우 50% 감액 지급)
통풍 진단보험금 (약관 제5조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “통풍”으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	100만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 진단 확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

■ 갱신계약

※ 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 「대상포진 보장계약」, 「통풍 보장계약」으로 나뉘어 갱신됩니다.
다만, 갱신 전 계약에서 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 「대상포진 보장계약」, 「통풍 보장계약」을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
단, 갱신계약은 이에 따른 각각의 보장계약을 합하여 하나의 계약으로 봅니다.

[대상포진 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
대상포진 진단보험금 (약관 제5조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대상포진”으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	100만원

[통풍 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
통풍 진단보험금 (약관 제5조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “통풍”으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	100만원

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 로

여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

3. 「대상포진 보장계약」에서 “대상포진 진단보험금” 이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “대상포진 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

4. 「통풍 보장계약」에서 “통풍 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “통풍 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

대상포진 분류표

① 약관에서 규정하는 대상포진으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류코드
대상포진	B02

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

통풍 분류표

① 약관에서 규정하는 통풍으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류코드
통풍	M10

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 4)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴 장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류부호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

> 한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
> 1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
> 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

장해분류표

별첨 "장해분류표" 참조

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

1. 보험금 (제5조 제1호 및 제2호), 계약자적립액(제13조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항)

적립기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표

시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다

무배당 대상포진보장특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 대상포진보장특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 대상포진보장특약(간편N/갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니

다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“대상포진”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “대상포진”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “대상포진”으로 분류되는 질병[(별표 4) “대상포진 분류표” 참조]을 말합니다.

② “대상포진”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“대상포진 눈병”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “대상포진 눈병”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 “대상포진 눈병”으로 분류되는 질병[(별표 5) “대상포진 눈병 분류표” 참조]을 말합니다.

② “대상포진 눈병”의 진단확정은 병원의 의사에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제5조 (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 “대상포진”으로 진단확정되었을 경우
   : 대상포진 진단보험금(다만, 최초1회의 진단확정에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대상포진 눈병”으로 진단확정되었을 경우
   : 대상포진 눈병 진단보험금(다만, 최초1회의 진단확정에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

※ 갱신계약의 경우, 제1호 및 제2호의 보험금은 각 해당 질병의 보장계약에 한하여 보장합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ “대상포진 진단보험금”이 지급되지 않은 계약에서 “대상포진 눈병 진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우 “대상포진 진단보험금”도 동시에 지급됩니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “대상포진” 또는 “대상포진 눈병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 해당 질병의 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급 사유)에 따른 해당 질병의 진단보험금을 지급합니다.

⑥ 제5항에 의한 진단 확정으로 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 4호에서 정한 바에 따라 계약이 소멸(피보험자의 사망으로 인한 경우를 제외합니다)된 경우에는 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액(갱신계약의 경우 소멸된 보장계약의 계약자적립액을 말합니다)은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑦ 제5항에 의한 진단 확정으로 진단확정일의 계약자적립액보다 이미 지급한 계약자적립액이 큰 경우 제5조(보험금의 지급사

유)에 따른 진단보험금에서 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 진단확정일의 계약자적립액을 더한 금액을 지급합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 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 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 갱신계약의 경우 [대상포진 보장계약]에서 “대상포진 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [대상포진 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “대상포진 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 [대상포진 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

⑳ 갱신계약의 경우 [대상포진 눈병 보장계약]에서 “대상포진 눈병 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [대상포진 눈병 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “대상포진 눈병 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 [대상포진 눈병 보장계약]의 이미 납입한 보

험료는 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 진단서(병명기입) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한

경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때(다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에

는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약“의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금

이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우. 다만, 갱신계약 중 각각의 보장계약에서 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보장계약에 한하여 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

③ 제 2 항 제 1 호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우

2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지

급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “대상포진 진단보험금” 또는 “대상포진 눈병 진단보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ **감액 이후의 “이미 납입한 보험료”**
$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$
㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제18조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년(갱신할 때 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제18조 (특약의 갱신)

① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에 따라 이 특약을 갱신하는 경우 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 「대상포진 보장계약」, 「대상포진 눈병 보장계약」으로 나뉘어 갱신됩니다. 다만, 갱신 전 계약에서 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 「대상포진 보장계약」, 「대상포진 눈병 보장계약」을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기

간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도

이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해

약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제24조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

■ 최초계약

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
대상포진 진단보험금 (제5조 제1항)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대상포진”으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	50만원 (최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
대상포진 눈병 진단보험금 (제5조 제2항)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대상포진 눈병”으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	50만원 (최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

3. “대상포진 진단보험금”이 지급되지 않은 계약에서 “대상포진 눈병 진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우 “대상포진 진단보험금”도 동시에 지급됩니다.

■ 갱신계약

※ 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 「대상포진 보장계약」, 「대상포진 눈병 보장계약」으로 나뉘어 갱신됩니다.
다만, 갱신 전 계약에서 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 「대상포진 보장계약」, 「대상포진 눈병 보장계약」을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
단, 갱신계약은 이에 따른 각각의 보장계약을 합하여 하나의 계약으로 봅니다.

[대상포진 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
대상포진 진단보험금 (제5조 제1항)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대상포진”으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	50만원

[대상포진 눈병 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
대상포진 눈병 진단보험금 (제5조 제2항)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대상포진 눈병”으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	50만원

(주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. “대상포진”으로 진단 확정되기전에 “대상포진 눈병”으로 진단 확정되었을 경우 “대상포진 진단보험금”과 “대상포진 눈병 진단보험금”은 중복하여 지급합니다.
4. 「대상포진 보장계약」에서 “대상포진 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “대상포진 진단보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.
5. 「대상포진 눈병 보장계약」에서 “대상포진 눈병 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “대상포진 눈병 진단보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴 장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류부호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단

합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

> 한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
>
> 1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
>
> 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

별첨 "장해분류표" 참조

(별표 4)

대상포진 분류표

① 약관에서 규정하는 “대상포진”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
대상포진	B02

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

대상포진 눈병 분류표

① 약관에서 규정하는 '대상포진 눈병'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
대상포진 눈병	B02.3

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

1. 보험금 (제5조 제1호 및 제2호), 계약자적립액(제13조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항)

적립기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 독감치료특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 독감치료특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 독감치료특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의

경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("독감(인플루엔자)" 및 “독감 항바이러스제”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “독감(인플루엔자)"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) “독감(인플루엔자) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “독감(인플루엔자)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출 검사, 혈청검사, 신속항원 검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 '독감(인플루엔자)'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

③ “독감 항바이러스제”라 함은 “독감(인플루엔자)”의 치료를 직접적인 목적으로 체내에 침입한 바이러스의 작용을 약화 또는 소멸시키기 위해 사용하는 약제로서, 진단 당시 식품의약품안전처에서 허가된 「효능·효과」항목에 독감(인플루엔자) 바이러스 감염증의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다.

[“독감 항바이러스제” 해당 의약품명 및 성분명 안내]
성분명은 ‘효능·효과를 발현시키는 물질의 명칭’을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.
- 오셀타미비르(oseltamivir)
- 자나미비르(zanamivir)
- 페라미비르(peramivir)
- 발록사비르(baloxavir)

※상기 “독감 항바이러스제” 해당 의약품명 및 성분명은 2020 년 7 월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동 될 수 있습니다.
※상기 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 독감 항바이러스제의 “독감 항바이러스제” 해당 여부는 반드시 전문 의료인의 자문을 통해 확인 하시기 바랍니다.
〈식품의약품안전처 허가 내 「효능·효과」확인 방법〉
식품의약품안전처의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

제4조 (보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “독감(인플루엔자)”으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 “독감 항바이러스제”를 처방 받은 경우 보험수익자에게 약정한 보험금(다만, 연간 1회에 한함)[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니

다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말

합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 독감치료약처방전 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 보

험금 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.
⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
⑥ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유

지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제 7 항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거

나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까

지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의

해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공

하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
독감치료보험금 (제 4 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “독감(인플루엔자)”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “독감 항바이러스제”를 처방받은 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	1회당 30만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1 년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

독감(인플루엔자) 분류표

① 약관에서 규정하는 "독감(인플루엔자)"으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
독감치료보험금 (제4조) 및 계약자적립액 (제12조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산 이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산 이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산 이율(8.0%)
해약환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날 부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 매년받는암주요치료특약H (기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한)(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 매년받는암주요치료특약H(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 매년받는암주요치료특약H
(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한)(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에

해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과

전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임

목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 '특정 행위'에서 제외합니다.

② 제1항의 "암수술"에서 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된 경우에는 "암수술"로 봅니다.

제5조 ("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("암주요치료"의 정의)

① "암주요치료"에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② "암주요치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식을 억제하기 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암주요치료”로 봅니다.

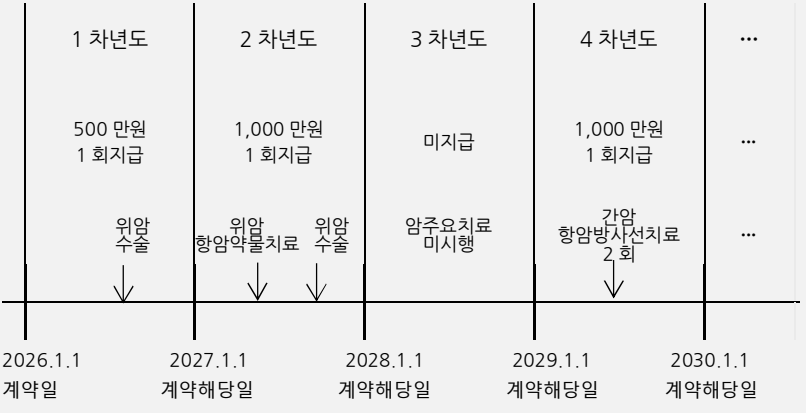
제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단확정되고, “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 “암주요치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 연간 1회에 한함) (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

[암주요치료보험금 지급예시]

계약일 : 2026년 1월 1일
특약보험가입금액 1,000만원
위의 악성신생물(C16) 진단 확정일 : 2026년 5월 1일
간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2029년 6월 1일

1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	…
위암(C16) 수술 500만원	위암(C16) 항암약물치료 1,000만원	암주요치료 미시행	간암(C22) 항암방사선치료 2회 1,000만원	…
	위암(C16) 수술 미지급			…



제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제7조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 "암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("암주요치료"의 정의) 제1항에서 정한 암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “암주요치료보험금”을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치

료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서,

본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된

경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각

각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정 된 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정된 경우에는 이 특약의 보험가입금액을 감액할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보

험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험

료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며,

이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지급사유	지급금액
암주요치료보험금 (제 7 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일”이후에 “암”으로 진단확정되고, “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	1,000 만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약의 암보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
4. 이 특약에서 “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암주요치료 보험금 (제7조) 및 계약자적립액(제13조 제5항)	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%)
해약환급금 (제22조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 매년받는암주요치료특약L (기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한)(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 매년받는암주요치료특약L(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 매년받는암주요치료특약L
(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한)(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에

해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과

전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임

목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 '특정 행위'에서 제외합니다.

② 제1항의 "암수술"에서 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된 경우에는 "암수술"로 봅니다.

제5조 ("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("암주요치료"의 정의)

① "암주요치료"에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② "암주요치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식을 억제하기 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암주요치료”로 봅니다.

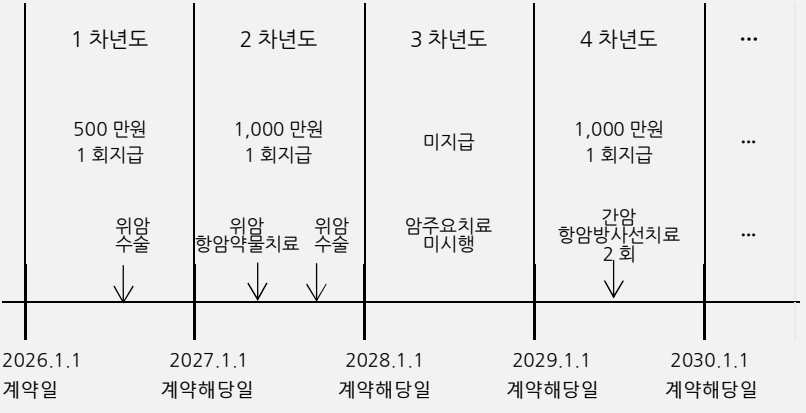
제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단확정되고, “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 “암주요치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 연간 1회에 한함) (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

[암주요치료보험금 지급예시]

계약일 : 2026년 1월 1일
특약보험가입금액 1,000만원
위의 악성신생물(C16) 진단 확정일 : 2026년 5월 1일
간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2029년 6월 1일

1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	…
위암(C16) 수술 500만원	위암(C16) 항암약물치료 1,000만원	암주요치료 미시행	간암(C22) 항암방사선치료 2회 1,000만원	…
	위암(C16) 수술 미지급			…



제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제7조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 "암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("암주요치료"의 정의) 제1항에서 정한 암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “암주요치료보험금”을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치

료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서,

본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제19조

(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단이 확정 된 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정된 경우에는 이 특약의 보험가입금액을 감액할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납

하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 "산출방법서"에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료

납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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 1000만원)

급 부 명 칭	지급사유	지급금액
암주요치료보험금 (제 7 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일”이후에 “암”으로 진단확정되고, “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	1000 만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제22조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암주요치료 보험금 (제7조)	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%)
해약환급금 (제22조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 부정맥진단특약(간편N/갱신형)

약관

이 특약의 약관은 **무배당 부정맥진단특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 부정맥진단특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수

있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“부정맥”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “부정맥”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “부정맥 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “부정맥”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도 혹은 심조율 기록지, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “부정맥”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “부정맥”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 부정맥으로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 부정맥 진단보험금(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함) [(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 부정맥으로 진단이 확정될 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 부정맥을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 부정맥 진단보험금을 지급합니다.

⑤ 제4항에 의한 진단 확정으로 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에서 정한 바에 따라 계약이 소멸(피보험자의 사망으로

인한 경우를 제외합니다)된 경우에는 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 부정맥 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 '사망'의 원인, '부정맥 진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 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 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의

중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 갱신계약의 경우 “부정맥 진단보험금”은 “부정맥 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “부정맥 진단보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)

에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드

립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약

환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법 원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사

망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산" 과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 14 조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “부정맥 진단보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는

다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

◯ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년(갱신할 때 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간)미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종

갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가

제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회

사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
부정맥 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 부정맥으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	500만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 갱신계약의 경우 “부정맥 진단보험금”은 “부정맥 진단보험금”과 “이미 납입한 보험료”(다만, 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다) 중 큰 금액을 “부정맥 진단보험금”으로 지급합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

부정맥 분류표

① 약관에서 규정하는 부정맥으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

1. 진단보험금(제4조) 및 계약자적립액(제12조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금(제21조 제1항)

적립기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 부정맥진단특약H(간편N)

약관

이 특약의 약관은 **무배당 부정맥진단특약H(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 부정맥진단특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료 납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“부정맥”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “부정맥”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “부정맥 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “부정맥”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도 혹은 심조율 기록지, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등

을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “부정맥”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “부정맥”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 부정맥으로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 부정맥 진단보험금(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함) [(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 “부정맥”으로 진단이 확정될 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “부정맥”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금을 지급합니다.

④ 제3항에도 불구하고 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제3호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제4항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 ‘사망’의 원인 및 ‘진단보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결

정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 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 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해

지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 “부정맥 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 이미 납입한 보험료를 “부정맥 진단보험금”으로 지급합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등

으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가

발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

④ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑤ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없

는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제17조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 12 조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써

회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 “부정맥 진단보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말합니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험

료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항

에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
부정맥 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 부정맥으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 “부정맥 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 이미 납입한 보험료를 “부정맥 진단보험금”으로 지급합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

부정맥 분류표

① 약관에서 규정하는 부정맥으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제10조 제4항 및 제19조 제4항 관련)

1. 부정맥 진단보험금 (제4조) 및 계약자적립액(제10조 제4항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금(제19조 제1항 및 제2항)

적립기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 부정맥진단특약L(간편N)

약관

이 특약의 약관은 **무배당 부정맥진단특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 부정맥진단특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“부정맥”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “부정맥”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “부정맥 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “부정맥”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도 혹은 심조율 기록지, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있

습니다.

1. 보험기간 중 “부정맥”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “부정맥”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 부정맥으로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 부정맥 진단보험금(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함) [(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 “부정맥”으로 진단이 확정될 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “부정맥”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 진단

보험금을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 '사망'의 원인 및 '진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑤ 제4항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는

그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 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 결정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에

서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력

을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

   [실종선고]
   부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제17조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 12 조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의

보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회

복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여

드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영

업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
부정맥 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 부정맥으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

부정맥 분류표

① 약관에서 규정하는 부정맥으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제19조 제4항 관련)

1. 부정맥 진단보험금 (제4조)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금(제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의

사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 부정맥질환특정심전도검사특약 (간편N/갱신형) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 부정맥질환특정심전도검사특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 부정맥질환특정심전도검사특약
(간편N/갱신형)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약

의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("부정맥질환"의 정의)

이 특약에서 "부정맥질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4)“부정맥질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

제4조 (“급여 부정맥질환 특정심전도검사”의 정의)

이 특약에서 “급여 부정맥질환 특정심전도검사”라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 5)"급여 부정맥질환 특정심전도검사 분류표"에서 정한 “급여 부정맥질환 특정심전도검사(1종)" 또는 "급여 부정맥질환 특정심전도검사(2종)"에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

제5조 (법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경)

① 제4조(“급여 부정맥질환 특정심전도검사”의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 부정맥질환 특정심전도검사 관련 법령”이라 합니다)

의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 부정맥질환 특정심전도검사 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제4조(“급여 부정맥질환 특정심전도검사”의 정의)에도 불구하고 “급여 부정맥질환 특정심전도검사 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 “급여 부정맥질환 특정심전도검사 관련 법령”에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의

변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “급여 부정맥질환 특정심전도검사 관련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (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 “부정맥질환”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 부정맥질환 특정심전도검사(1종)”을 받은 경우
   : 급여 부정맥질환 특정심전도검사지원보험금(1종)
   (다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “부정맥질환”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 부정맥질환 특정심전도검사(2종)”을 받은 경우
   : 급여 부정맥질환 특정심전도검사지원보험금(2종)

(다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 각각 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 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 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라

장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)

에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비세부산정내역서, 진료비계산서·영수증, 진단서(병명기입, 검사관련 진료소견포함), 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이

필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나

과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면

또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로

써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)
① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험

률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는

보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일

까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
급여 부정맥질환 특정심전도검사 지원보험금(1종) (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “부정맥질환”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 부정맥질환 특정심전도검사(1종)”을 받은 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액 5% (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
급여 부정맥질환 특정심전도검사 지원보험금(2종) (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “부정맥질환”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 부정맥질환 특정심전도검사(2종)”을 받은 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액 100% (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 4)

부정맥질환 분류표

① 약관에 규정하는 “부정맥질환”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
발작성 빈맥	I47
심장세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

급여 부정맥질환 특정심전도검사 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 부정맥질환 특정심전도검사”는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-128호, 2025.7.29 시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
급여 부정맥질환 특정심전도검사(1 종)	심전도검사-심전도 기록 및 판독[표준 12 유도]	E6541
급여 부정맥질환 특정심전도검사(2 종)	**심전도검사**	
	부하심전도검사-Master's 운동 부하 또는 약제 부하	E6542
	부하심전도검사-Treadmill Test 또는 Bicycle Ergometer	E6543
	심전도감시-홀터기록-48 시간 이내	E6545
	심전도감시-홀터기록-48 시간 초과 7 일 이내	E6556
	심전도감시-홀터기록-7 일 초과 14 일 이내	E6557
	심전도감시-일상 생활의 간헐적 심전도 감시 [1 회당]	E6546
	심전도감시-원격심박기술에 의한 감시 [1 일당]	EX871
	임상전기생리학적검사	
	히스속전기도검사	E7251
	임상전기생리학적검사: 기본적 [히스속전기도검사 포함]	E7247

진료행위명칭		진료행위코드
	임상전기생리학적검사-좌심방 또는 관상정맥동에 삽입한 전극도자를 통한 조율 및 기록	E7248
	임상전기생리학적검사-좌심실에 삽입한 전극도자를 통한 조율 및 기록	E7249
	임상전기생리학적검사-계획된 전기자극에 의한 부정맥의 유발검사	E7250
	임상전기생리학적검사-정맥 주사 약물투입 후에 시행하는 계획적 조율자극	E7259
	임상전기생리학적검사: 추적 [히스속전기도검사 포함]	E7253
	경식도 심방전기도검사	
	경식도 심방전기도검사	E7257
	경식도 심방전기도검사(조율조작 추가)	E7258
	이식형 사건 기록기 삽입 및 제거술	
	이식형 사건 기록기 삽입술	E6551
	이식형 사건 기록기 제거술	E6552
	이식형 사건 기록기 삽입 및 제거술-기능조정 및 심전도분석	E6553

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제14조 제5항)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 비급여암주요치료특약
(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)
(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **비급여암주요치료특약(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 비급여암주요치료특약(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제19조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암", “기타피부암” 및 “갑상선암”의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간

으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서

정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험

자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 ‘특정 행위’에서 제외합니다.

② 제1항의 “암수술”에서 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된

경우에는 “암수술”로 봅니다.

제5조 (“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료"등의 정의)

① “급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료”에는 “급여전액본인부담(비급여포함) 암수술”, “급여전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료”, “급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료”가 포함됩니다.

② “급여전액본인부담(비급여포함) 암수술”은 암수술로 인해 발생한 진료비 세부산정내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 급여전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

③ “급여전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료”는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부산정내역서의 방사선치료료가 급여전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

④ “급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료”는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부산정내역서의 항암제의 약제비가

급여전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제 범위에서 제외됩니다.

[비급여]

- 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

[급여전액본인부담]

- 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생하였으나 본인이 전액 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제2항에서 제4항에도 불구하고 “급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

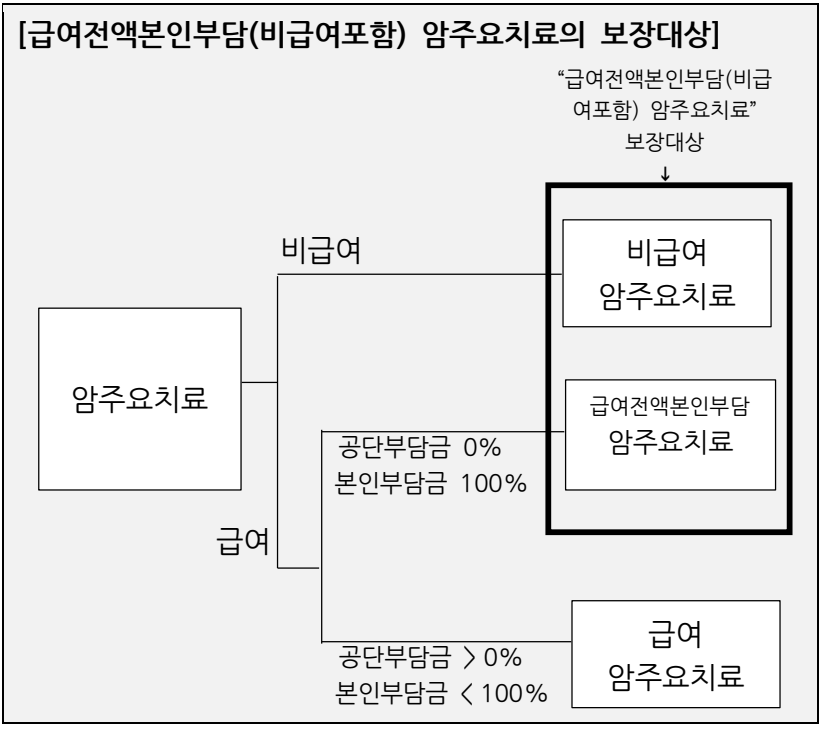
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마

취료, 검사료 등)



제7조 (보험금의 지급사유)

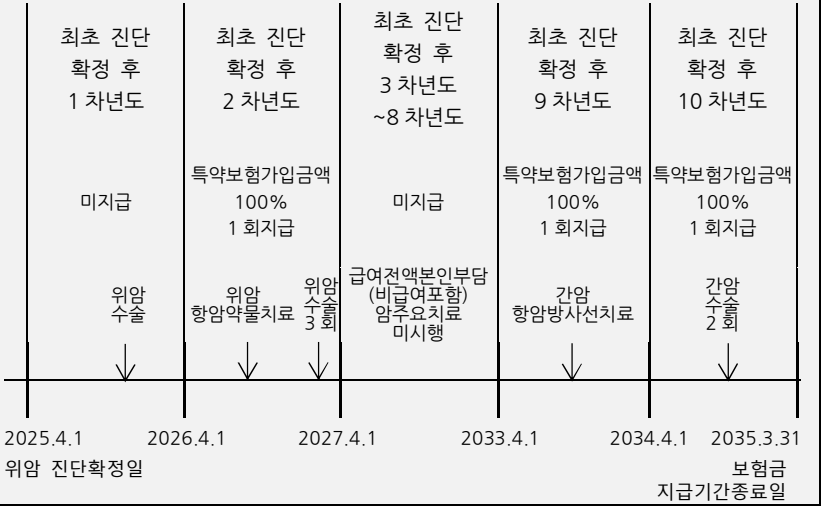
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제20조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 최초 진단확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”, "기타피부암", "갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료”를 받은 경우 “비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만,“비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금”은

최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))

[비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
위의 악성신생물(C16) 최초 진단 확정일 : 2025년 4월 1일
간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 확정 후 1차년도	최초 진단 확정 후 2차년도	최초 진단 확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 확정 후 9차년도	최초 진단 확정 후 10차년도
위암(C16) 수술 급여(전액본인부담 이외) 미지급	위암(C16) 항암약물치료 비급여 1,000만원	비급여암주요치료(급여전액본인부담포함) 미시행	간암(C22) 항암방사선치료 급여 (전액본인부담) 1,000만원	간암(C22) 수술 2회 비급여 1,000만원
	위암(C16) 수술 3회 비급여 미지급			



제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 “암”, "기타피부암” 또는 "갑상선암”의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(“암”, "기타피부암” 또는 "갑상선암”의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금”을 지급합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료"등의 정의)에서 정한 급여전액본인부담(비급여포함)암수술, 급여전액본인부담(비급여

포함)항암약물치료, 급여전액본인부담(비급여포함)항암방사선치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금”을 연간 1회만 지급합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은

장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생

하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서, 진료비계산서·영수증, 진료비 세부산정내역서 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제14조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여

사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "

반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제22조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력

을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 "암보장개시일" 이후에 "암"으로 최초 진단확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정되고, "보험금지급기간" 중 사망하였을 경우

5. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 및 제4호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나

는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호 및 제4호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제21조

(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제22조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 ["최초계약의 보험계약일" 또는 "최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일"]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정된 경우

제18조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제19조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우
3. 제7조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 최초 진단확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정된 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율

이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다. 그러나 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제22조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의

해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은

이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지급사유	지급금액
비급여암주요치료(급여전액본인부담포함) 보험금 (제 7 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 " 암보장개시일" 이후에 "암"으로 최초 진단확정되거나 보장개시일 이후에 " 기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정되고, "보험금 지급기간" 이내에 "암", "기타피부암", "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료"를 받은 경우 (다만,"비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금"은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. "보험금 지급기간"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 최초 진단확

정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.
5. 이 특약에서 “연간”이란 “암”, "기타피부암” 또는 "갑상선암”의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(“암”, "기타피부암” 또는 "갑상선암”의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제15조 제5항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
비급여암주요치료(급여전액본인부담 포함) 보험금 (제7조) 및 계약자적립액 (제15조 제5항)	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%)
해약환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 비급여암주요치료특약H
(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)
(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 비급여암주요치료특약H(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 비급여암주요치료특약H
(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)
(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암", “기타피부암” 및 “갑상선암”의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간

으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변

하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림

프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원

회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 '특정 행위'에서 제외합니다.

② 제1항의 "암수술"에서 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된 경우에는 "암수술"로 봅니다.

제5조 ("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료"등의 정의)

① "급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료"에는 "급여전액본인부담(비급여포함) 암수술", "급여전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료", "급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료"가 포함됩니다.

② “급여전액본인부담(비급여포함) 암수술”은 암수술로 인해 발생한 진료비 세부산정내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 급여전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

③ “급여전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료”는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부산정내역서의 방사선치료료가 급여전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

④ “급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료”는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부산정내역서의 항암제의 약제비가 급여전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제 범위에서 제외됩니다.

[비급여]

- 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

[급여전액본인부담]

- 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생하였으나 본인이 전액 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제2항에서 제4항에도 불구하고 “급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료

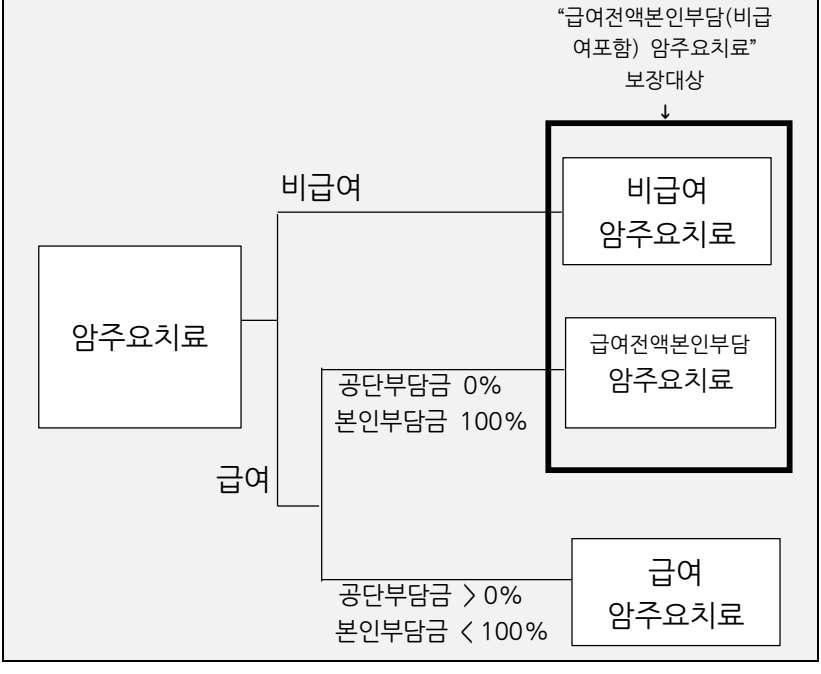
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

[급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료의 보장대상]



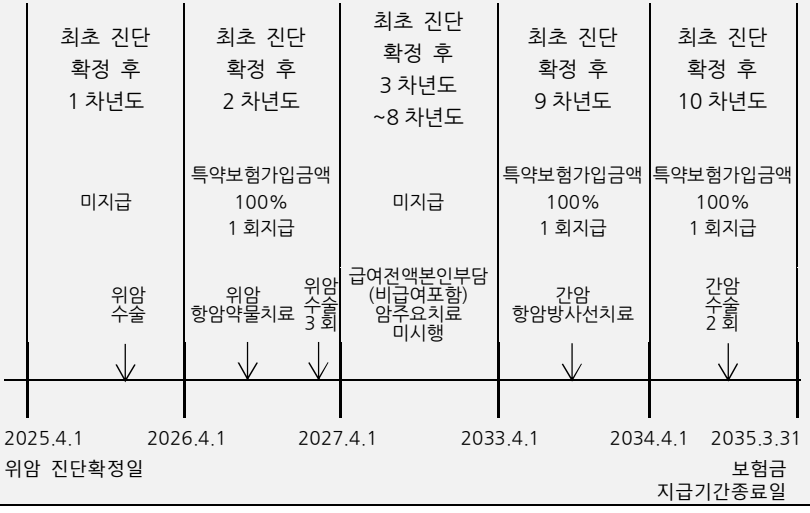
제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 최초 진단확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”, "기타피부암", "갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료”를 받은 경우 “비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.(다만, “비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))

[비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
위의 악성신생물(C16) 최초 진단 확정일 : 2025년 4월 1일
간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 확정 후 1차년도	최초 진단 확정 후 2차년도	최초 진단 확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 확정 후 9차년도	최초 진단 확정 후 10차년도
위암(C16) 수술 급여(전액본인부담 이외) 미지급	위암(C16) 항암약물치료 비급여 1,000만원	급여전액본인부담 (비급여포함) 암주요치료 미시행	간암(C22) 항암방사선치료 급여 (전액본인부담) 1,000만원	간암(C22) 수술 2회 비급여 1,000만원
	위암(C16) 수술 3회 비급여 미지급			



제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 “암”, "기타피부암” 또는 "갑상선암”의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(“암”, "기타피부암” 또는 "갑상선암”의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료"등의 정의)에서 정한 급여전액본인부담(비급여포함)암수술, 급여전액본인부담(비급여포함)항암약물치료, 급여전액본인부담(비급여포함)항암방사선치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “비급여암주요치

료(급여전액본인부담포함)보험금"을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서, 진료비계산서·영수증, 진료비 세부산정내역서 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 "암보장개시일" 이후에 "암"으로 최초 진단확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정되고, "보험금지급기간" 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호 및 제3호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각

각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정된 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도

해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한

절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

> **[해약환급금 관련 유의사항]**
> 1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
> 2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X

해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지급사유	지급금액
비급여암주요치료(급여전액본인부담포함) 보험금 (제 7 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "암보장개시일" 이후에 "암"으로 최초 진단확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정되고, "보험금 지급기간" 이내에 "암", "기타피부암", "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료"를 받은 경우 (다만, "비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금"은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. "보험금 지급기간"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 또한, 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정되고, "보험금 지급기간" 중 사망하였을 경우

이 특약은 그때부터 효력이 없으며 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

4. 암보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.
5. 이 특약에서 “연간”이란 “암”, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(“암”, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제13조 제5항 제22조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
비급여암주요치료(급여전액본인부담포함) 보험금(제7조) 및 계약자적립액(제13조 제5항)	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%)
해약환급금(제22조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 비급여암주요치료특약L
(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)
(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 비급여암주요치료특약L(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 비급여암주요치료특약L
(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)
(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암", “기타피부암” 및 “갑상선암”의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간

으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변

하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림

프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원

회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 '특정 행위'에서 제외합니다.

② 제1항의 "암수술"에서 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된 경우에는 "암수술"로 봅니다.

제5조 ("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료"등의 정의)

① "급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료"에는 "급여전액본인부담(비급여포함) 암수술", "급여전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료", "급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료"가 포함됩니다.

② “급여전액본인부담(비급여포함) 암수술”은 암수술로 인해 발생한 진료비 세부산정내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 급여전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

③ “급여전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료”는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부산정내역서의 방사선치료료가 급여전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

④ “급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료”는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부산정내역서의 항암제의 약제비가 급여전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제 범위에서 제외됩니다.

[비급여]

- 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

[급여전액본인부담]

- 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생하였으나 본인이 전액 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제2항에서 제4항에도 불구하고 “급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료

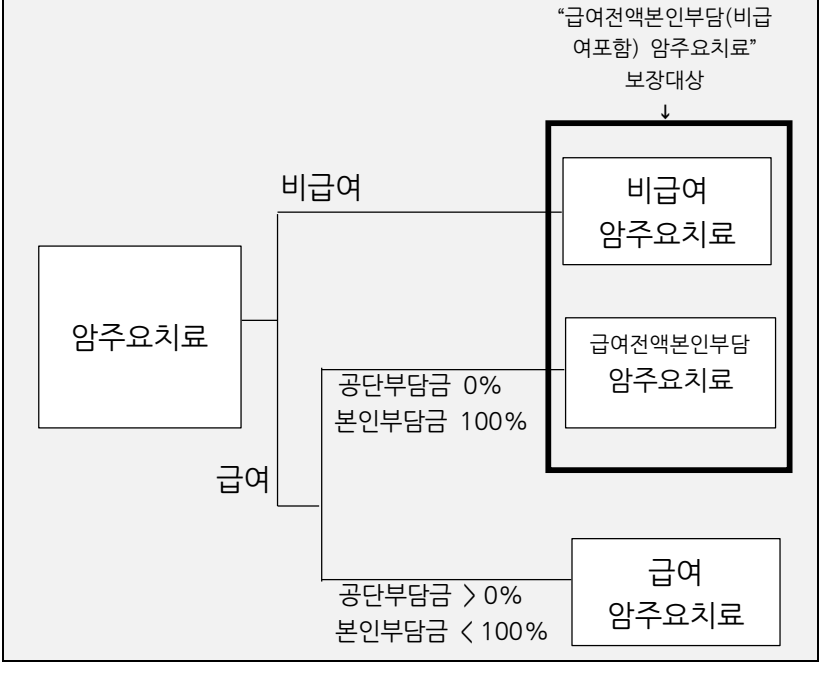
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

[급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료의 보장대상]



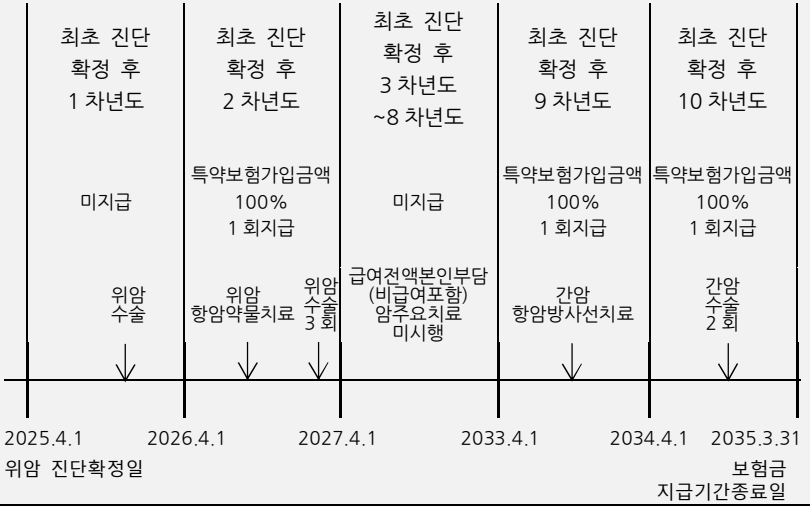
제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 최초 진단확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”, "기타피부암", "갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료”를 받은 경우 “비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.(다만, “비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))

[비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
위의 악성신생물(C16) 최초 진단 확정일 : 2025년 4월 1일
간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 확정 후 1차년도	최초 진단 확정 후 2차년도	최초 진단 확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 확정 후 9차년도	최초 진단 확정 후 10차년도
위암(C16) 수술 급여(전액본인부담 이외) 미지급	위암(C16) 항암약물치료 비급여 1,000만원	급여전액본인부담 (비급여포함) 암주요치료 미시행	간암(C22) 항암방사선치료 급여 (전액본인부담) 1,000만원	간암(C22) 수술 2회 비급여 1,000만원
	위암(C16) 수술 3회 비급여 미지급			



제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 “암”, "기타피부암” 또는 "갑상선암”의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(“암”, "기타피부암” 또는 "갑상선암”의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료"등의 정의)에서 정한 급여전액본인부담(비급여포함)암수술, 급여전액본인부담(비급여포함)항암약물치료, 급여전액본인부담(비급여포함)항암방사선치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “비급여암주요치

료(급여전액본인부담포함)보험금"을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서, 진료비계산서·영수증, 진료비 세부산정내역서 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 "암보장개시일" 이후에 "암"으로 최초 진단확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정되고, "보험금 지급기간" 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단이 확정된 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약

의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

> **[해약환급금 관련 유의사항]**
> 1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
> 2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는

해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지급사유	지급금액
비급여암주요치료(급여전액본인부담포함) 보험금 (제 7 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "암보장개시일" 이후에 "암"으로 최초 진단확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정되고, "보험금 지급기간" 이내에 "암", "기타피부암", "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "급여전액본인부담(비급여포함) 암주요치료"를 받은 경우 (다만, "비급여암주요치료(급여전액본인부담포함)보험금"은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. "보험금 지급기간"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
3. 암보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.
4. 이 특약에서 "연간"이란 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정

일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(“암”, "기타 피부암” 또는 "갑상선암”의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제22조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
비급여암주요치료(급여전액본인부담포함) 보험금(제7조)	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%)
해약환급금(제22조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 비급여 표적항암약물허가치료특약
(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 비급여 표적항암약물허가치료특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 비급여 표적항암약물허가치료특약(간편N/갱신형)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이

특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 또는 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에

서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 또는 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("항암약물치료"의 정의)

이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제5조 ("표적항암제", "표적항암약물허가치료" 및 "비급여 표적항암약물허가치료" 의 정의)

① 이 특약에 있어서 "표적항암제"란 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중, 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료

제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

[“표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내]
“표적항암제”에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 “표적항암제”에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [(별표 5) “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내]에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 [(별표 5) “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내]의 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 “표적항암약물허가치료”라 함은 제4조(“항암약물치료”의 정의)에서 정한 “항암약물치료” 중, 병원에서 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “표적항암제”를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인

한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 '효능효과' 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
  (https://nedrug. mfds.go.kr) → 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 '효능효과', '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)' 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  → 의료정보 → 의약품정보 → 암질환사용약제및요법
  → 항암화학요법 → 허가초과 항암요법
  → 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 "비급여 표적항암약물허가치료"라 함은 제2항에서 정한 "표적항암약물허가치료" 중, "비급여" 대상에 해당

되는 치료를 말합니다.

⑥ 제5항의 “비급여”라 함은 다음 각 호에 해당되는 경우를 말합니다.

1. 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목을 포함)을 말합니다.
2. 「국민건강보험법」 제5조(적용 대상 등), 제53조(급여의 제한), 제54조(급여의 정지)에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조(적용 배제), 제15조(의료급여의 제한), 제17조(의료급여의 중지 등)에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목을 말합니다.

⑦ 전액본인부담(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생하였으나 본인이 전액 부담하는 경우)은 급여에 해당하므로 “비급여”로 보지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정 되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여 표적항암약물허가치료”를 받은 경우에는 보험수익자에게 약정한 비급여 표적항암약물허가치료보험금[(별

표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하며, 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

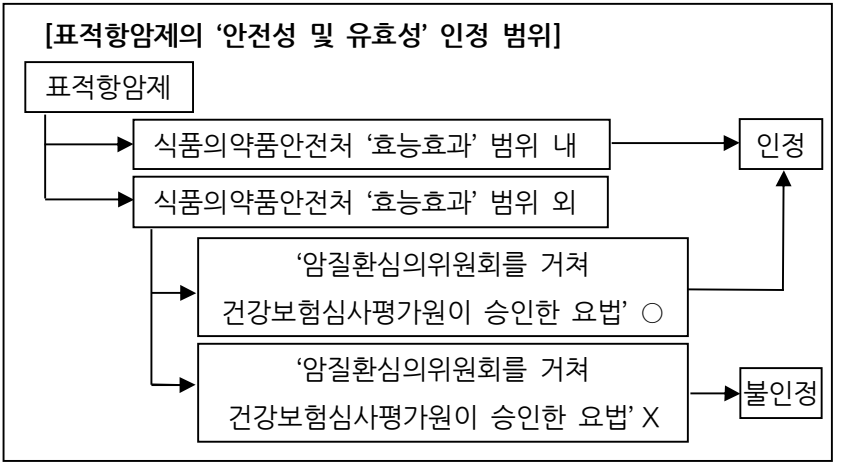
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 암보장개시일(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 비급여 표적항암약물허가치료보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

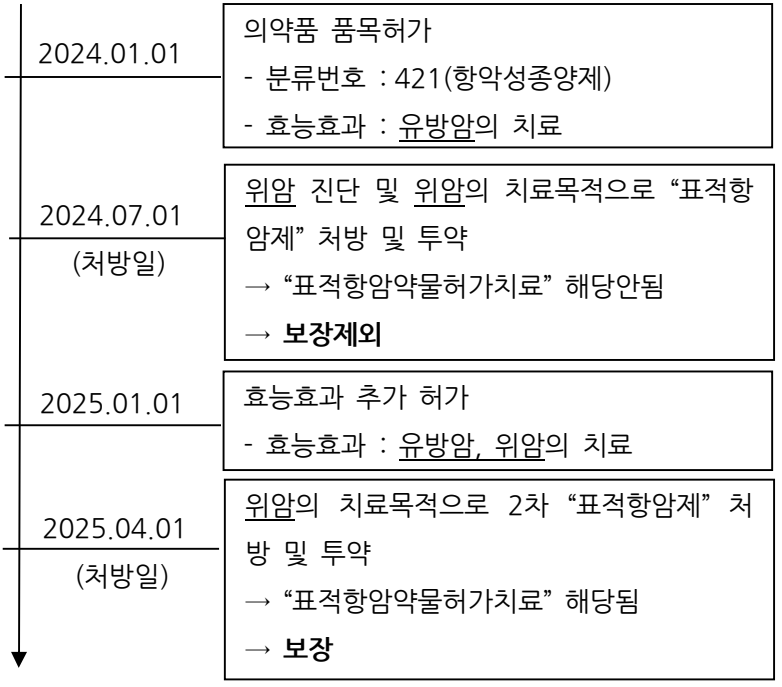
④ 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 비급여 표적항암약물허가치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 중 어느 하나에 대하여 비급여 표적항암약물허가치료보험금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

⑤ 제6조(보험금의 지급사유)의 “비급여 표적항암약물허가치료보험금”은 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다.

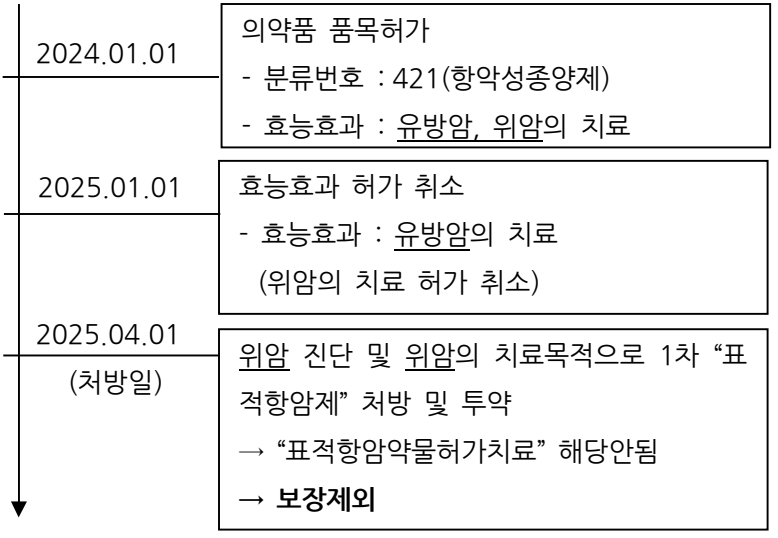


⑥ 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 “비급여 표적항암약물허가치료를 받은 경우”라 함은 “표적항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조(“표적항암제”, “표적항암약물허가치료” 및 “비급여 표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

[“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(추가) 예시
: 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가]



[“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(삭제) 예시
: 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소]



⑦ 갱신계약의 경우 “비급여 표적항암약물허가치료보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “비급여 표적항암약물허가치료보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10

년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라

장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)
   (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
   ㄱ. 진단명
   ㄴ. 투약한 약제의 제품명
   ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
   ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법’ 사용 여부
   ㅁ. 급여적용여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서·영수증
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기

관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함)

5. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진

단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 제한

할 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사

실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

   [실종선고]
   부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법 원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우에는 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약

환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신) 제2항에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “최초계약의 계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정되어 있는 경우.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 비급여 표적항암약물허가치료보험금을 계산할 때에 적용하는 "이미 납입한 보험료"는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

감액 이후의 「이미 납입한 보험료」

$$=\text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ 「감액 전 이미 납입한 보험료」는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년 미

만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다. 그러나 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는

날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는

보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은

“산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
비급여 표적항암약물허가치료보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여 표적항암약물허가치료”를 받은 경우(다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원 (최초계약의 계약일부터 2년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)일의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날입니다.
4. 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 또는 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 비급여 표적항암약물허가치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암”

또는 “갑상선암” 중 어느 하나에 대하여 비급여 표적항암약물허가치료보험금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

5. “비급여 표적항암약물허가치료보험금”은 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다.
6. “비급여 표적항암약물허가치료를 받은 경우”라 함은 “비급여”에 해당되는 “표적항암제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
7. 갱신계약의 경우 “비급여 표적항암약물허가치료보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 약관 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “비급여 표적항암약물허가치료보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3

분류항목	분류코드
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

“표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내

아래 “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명은 2023년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당내용이 변동 될 수 있습니다.
아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “표적항암제” 해당 여부는 반드시 전문 의료인의 자문을 통해 확인 하시기 바랍니다. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

[의약품과 성분명]

- 성분명은 ‘효능·효과를 발현시키는 물질의 명칭’을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “표적항암제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아베마시클립 Abemaciclib	버제니오정 50 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 100 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 150 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 200 밀리그램(아베마시클립)
2	아칼라브루티닙 Acalabrutinib	칼퀀스캡슐 100 밀리그램(아칼라브루티닙)
3	아파티닙이말레산염 Afatinib Dimaleate	지오트립정 20 밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정 30 밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정 40 밀리그램(아파티닙이말레산염)

4	애플리버셉트 Aflibercept	잘트랩주 25mg/mL(애플리버셉트)
5	알렉티닙염산염 (미분화) Alectinib Hydrochloride Micronized	알레센자캡슐 150 밀리그램(알렉티닙염산염)
6	알펠리십 Alpelisib	피크레이정 50 밀리그램(알펠리십)
		피크레이정 150 밀리그램(알펠리십)
		피크레이정 200 밀리그램(알펠리십)
7	아미반타맙 Amivantamab	리브리반트주(아미반타맙)
8	레날리도마이드무수물 Anhydrous Lenalidomide	레날리드정(레날리도마이드)
9	애시미닙염산염 Asciminib Hydrochloride	셈블릭스정 20 밀리그램(애시미닙염산염)
		셈블릭스정 40 밀리그램(애시미닙염산염)
10	아테졸리주맙 Atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
11	아벨루맙 Avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
12	엑시티닙 Axitinib	인라이타정 1 밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정 5 밀리그램(엑시티닙)
13	벨주티판 Belzutifan	웰리렉정(벨주티판)
14	베바시주맙 Bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
		온베브지주(베바시주맙)
		자이라베브주(베바시주맙)

		아림시스주(베바시주맙)
		베그젤마주(베바시주맙)(단클론항체,유전자재조합)
15	블리나투모맙 Blinatumomab	블린사이토주 35 마이크로그램(블리나투모맙, 유전자재조합)
16	보르테조밉일수화물 Bortezomib Monohydrate	화이자보르테조밉주 3.5 밀리그램(보르테조밉일수화물)
17	보르테조밉삼합체 Bortezomib Trimer	벨케이드주(보르테조밉삼합체)
		테조벨주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주(보르테조밉삼합체)
		벨킨주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		보테벨주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨킨주 2.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주 1 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주 2.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주 2.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
18	보수티닙일수화물 Bosutinib Monohydrate	보술리프정 100 밀리그램(보수티닙일수화물)
		보술리프정 400 밀리그램(보수티닙일수화물)
		보술리프정 500 밀리그램(보수티닙일수화물)
19	브렌툭시맙베도틴 Brentuximab Vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
20	브리가티닙 Brigatinib	알룬브릭정 30 밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정 90 밀리그램(브리가티닙)

		알룬브릭정 180 밀리그램(브리가티닙)
21	카보잔티닙(S)-말산염 Cabozantinib (S)-malate	카보메틱스정 60 밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정 40 밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정 20 밀리그램(카보잔티닙)
22	카프마티닙염산염일수화물 Capmatinib Hydrochloride Hydrate	타브렉타정 150 밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
		타브렉타정 200 밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
23	카르필조밉 Carfilzomib	키프롤리스주 60 밀리그램(카르필조밉)
		키프롤리스주 30 밀리그램(카르필조밉)
24	세미플리맙 Cemiplimab	리브타요주(세미플리맙)
25	세리티닙 Ceritinib	자이카디아캡슐 150 밀리그램(세리티닙)
26	세툭시맙 Cetuximab	얼비툭스주 5mg/mL (세툭시맙)
27	실타캅타젠오토류셀 Ciltacaptagene Autoleucel	카빅티주(실타캅타젠오토류셀)
28	크리조티닙 Crizotinib	잴코리캡슐 200 밀리그램(크리조티닙)
		잴코리캡슐 250 밀리그램(크리조티닙)
29	다브라페닙메실산염(미분화) Dabrafenib Mesylate Micronized	라핀나캡슐 50 밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐 75 밀리그램(다브라페닙메실산염)
30	다코미티닙수화물 Dacomitinib Hydrate	비짐프로정 15 밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정 45 밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정 30 밀리그램(다코미티닙수화물)
31	다라투무맙	다잘렉스주(다라투무맙)

	Daratumumab	다잘렉스피하주사(다라투무맙)
32	다사티닙 Dasatinib	스프라이셀정 70 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 50 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 20 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 100 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 80 밀리그램(다사티닙)
33	도스탈리맙 Dostarlimab	젬퍼리주(도스탈리맙)
34	더발루맙 Durvalumab	임핀지주(더발루맙)
35	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐 75 밀리그램(엔코라페닙)
36	엔포투맙베도틴 Enfortumab Vedotin	파드셉주 20 밀리그램(엔포투맙베도틴)
		파드셉주 30 밀리그램(엔포투맙베도틴)
37	엔트렉티닙 Entrectinib	로즐리트렉캡슐 100 밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐 200 밀리그램(엔트렉티닙)
38	얼다피티닙 Erdafitinib	발베사정 3 밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정 4 밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정 5 밀리그램(얼다피티닙)
39	엘로티닙염산염 Erlotinib Hydrochloride	타쎄바정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정 25 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)
		엘로쎄타정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)

		엘티닙정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 25mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 100mg(엘로티닙염산염)
40	에베로리무스 Everolimus	아피니토정 10 밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정 5 밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정 2.5 밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정 10mg(에베로리무스)
		에리니토정 5 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 2.5 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 5 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 10 밀리그램(에베로리무스)
41	페드라티닙염산염수화물(미분화) Fedratinib dihydrochloride monohydrate	인레빅캡슐(페드라티닙염산염수화물)
42	게피티니브 Gefitinib	이레사정(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		스펙사정 250 밀리그램(게피티니브)
		레피사정(게피티니브)
		제피티닙정 250 밀리그램(게피티니브)
		이레티닙정 250 밀리그램(게피티니브)
43	겜투주맙오조가마이신 Gemtuzumab Ozogamicin	마일로탁주 4.5 밀리그램(겜투주맙오조가마이신)

44	길테리티닙푸마르산염 Gilteritinib fumarate	조스파타정 40 밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
45	이브루티닙 Ibrutinib	임브루비카캡슐 140 밀리그램(이브루티닙)
46	이매티닙메실산염 Imatinib Mesylate	글리벡필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글로팁정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)

		글리티브필름코팅정 300 밀리그램(이매티닙메실산염)
47	이노투주맙오조가마이신 Inotuzumab Ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
48	이필리무맙 Ipilimumab	여보이주 200 밀리그램/40 밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)
		여보이주 50 밀리그램/10 밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)
49	이사툭시맙 ISATUXIMAB/ISATUXIMAB	살클리사주(이사툭시맙)
50	익사조밉시트레이트 Ixazomib Citrate	닌라로캡슐 2.3 밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐 3 밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐 4 밀리그램(익사조밉시트레이트)
51	라파티닙 디토실레이트 Lapatinib Ditosylate Monohydrate	타이커브정 250 밀리그램(라파티닙디토실레이트)
52	라로트렉티닙황산염 Larotrectinib sulfate	비트락비캡슐 25 밀리그램(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐 100 밀리그램(라로트렉티닙황산염)
		비트락비액(라로트렉티닙황산염)
53	레이저티닙메실산염일수화물 Lazertinib Mesylate Monohydrate	렉라자정 80 밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)

54	레날리도마이드 Lenalidomide	레날도캡슐 5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 25mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 10mg(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드)
55	레날리도마이드반수화물 Lenalidomide Hemihydrate	레블리미드캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 2.5 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드)
56	레날리도마이드수화물 Lenalidomide Hydrate	레블리미드캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 2.5 밀리그램(레날리도마이드)
57	렌바티닙메실산염 Lenvatinib Mesylate	렌비마캡슐 10 밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐 4 밀리그램(렌바티닙메실산염)
58	롤라티닙 Lorlatinib	로비큐아정 25 밀리그램(롤라티닙)
		로비큐아정 100 밀리그램(롤라티닙)

59	미도스타우린 Midostaurin	라이답연질캡슐 25 밀리그램(미도스타우린)
60	모보서티닙숙신산염 Mobocertinib Succinate	엑스키비티캡슐 40 밀리그램(모보서티닙숙신산염)
61	모가물리주맙 Mogamulizumab	포텔리지오주 20 밀리그램(모가물리주맙)
62	네라티닙말레산염 Neratinib Maleate	너링스정(네라티닙말레산염)
63	닐로티닙염산염일수화물 Nilotinib Hydrochrloride Monohydrate	타시그나캡슐 200 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐 150 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐 50 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
64	니라파립토실산염일수화물 Niraparib Tosylate Monohydrate	제줄라캡슐 100 밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
65	니볼루맙(유전자재조합) Nivolumab (rDNA)	옵디보주 100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주 20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주 240mg(니볼루맙,유전자재조합)
66	오비누투주맙 Obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙, 유전자재조합)
67	올라파립 Olaparib	린파자캡슐 50 밀리그램(올라파립)
		린파자정 150 밀리그램(올라파립)

		린파자정 100 밀리그램(올라파립)
68	오시머티닙메실산염 Osimertinib Mesylate	타그리소정 40 밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정 80 밀리그램(오시머티닙메실산염)
69	팔보시클립 Palbociclib	입랜스캡슐 75mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐 125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐 100mg(팔보시클립)
		입랜스정 75 밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정 125 밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정 100 밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐 75 밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐 100 밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐 125 밀리그램(팔보시클립)
70	파조파닙염산염 Pazopanib Hydrochloride	보트리엔트정 400 밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정 200 밀리그램(파조파닙염산염)
71	펨브롤리주맙 Pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
72	페미가티닙 Pemigatinib	페마자이레정 13.5 밀리그램(페미가티닙)
		페마자이레정 9 밀리그램(페미가티닙)
		페마자이레정 4.5 밀리그램(페미가티닙)
73	퍼투주맙 Pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
74	퍼투주맙,트라스투주맙 Pertuzumab/Trastuzumab	페스코피하주사 600/600 밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
		페스코피하주사 1200/600 밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)

75	폴라투주맙 베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주(폴라투주맙베도틴)
76	포말리도마이드 Pomalidomide	포말리스트캡슐 4 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 3 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 2 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 1 밀리그램(포말리도마이드)
77	포나티닙 염산염 Ponatinib Hydrochloride	아이클루시그정 15 밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정 45 밀리그램(포나티닙염산염)
78	프랄세티닙분무건조분산체 Pralsetinib Spray Dried Dispersion	가브레토캡슐 100 밀리그램(프랄세티닙)
79	라도티닙염산염 Radotinib Hydrochloride	슈펙트캡슐 200 밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐 100 밀리그램(라도티닙염산염)
80	라무시루맙 Ramucirumab	사이람자주 10 밀리그램/밀리리터(라무시루맙,유전자재조합)
81	레고라페닙일수화물 Regorafenib Monohydrate	스티바가정 40 밀리그램(레고라페닙)
82	리보시클립숙신산염 Ribociclib succinate	키스칼리정 200 밀리그램(리보시클립숙신산염)
83	리툭시맙 Rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
84	룩소리티닙인산염	자카비정 20 밀리그램(룩소리티닙인산염)

	Ruxolitinib Phosphate	자카비정 15 밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정 5 밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정 10 밀리그램(룩소리티닙인산염)
85	사시투주맙고비테칸 sacituzumab govitecan	트로델비주(사시투주맙고비테칸)
86	셀리넥서 Selinexor	엑스포비오정 20 밀리그램(셀리넥서)
87	셀퍼카티닙 Selpercatinib	레테브모캡슐 80 밀리그램(셀퍼카티닙)
		레테브모캡슐 40 밀리그램(셀퍼카티닙)
88	실툭시맙 (단클론항체, 유전자재조합) Siltuximab (Monoclonal Antibody, rDNA)	실반트주 100 밀리그램(실툭시맙, 유전자재조합)
		실반트주 400 밀리그램(실툭시맙, 유전자재조합)
89	소라페닙토실레이트(미분화) Sorafenib Tosylate Micronized	넥사바정 200 밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
		소라닙정 200 밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
90	소토라십 Sotorasib	루마크라스정 120 밀리그램(소토라십)
91	수니티닙말산염 Sunitinib Malate	수텐캡슐 12.5 밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐 25 밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐 50 밀리그램(수니티닙말산염)
92	타파시타맙 Tafasitamab	민쥬비주(타파시타맙)
93	탈라조파립토실산염 Talazoparib Tosylate	탈제나캡슐 1 밀리그램(탈라조파립토실산염)
		탈제나캡슐 0.25 밀리그램(탈라조파립토실산염)

94	테클리스타맙 Teclistamab	텍베일리주 153mg(테클리스타맙)
		텍베일리주 30mg(테클리스타맙)
95	템시롤리무스 Temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
96	테포티닙염산염수화물 Tepotinib hydrochloride hydrate	텝메코정 225 밀리그램(테포티닙염산염수화물)
97	탈리도마이드 Thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐 50 밀리그램
		탈리그로브캡슐 50 밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐 100 밀리그램(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐 50mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐 100mg(탈리도마이드)
98	티라브루티닙염산염 Tirabrutinib hydrochloride	베렉스브루정 80 밀리그램(티라브루티닙염산염)
99	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)
100	트라메티닙디메틸설폭시드(미분화) Trametinib Dimethyl Sulfoxide Micronized	매큐셀정 0.5 밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정 2 밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
101	트라스투주맙 Trastuzumab	허셉틴주 150 밀리그램(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허쥬마주 150mg(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		허쥬마주 440mg(트라스투주맙)(단클론항체,

		유전자재조합)
		허셉틴주 440 밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사 600 밀리그램(트라스투주맙)
		삼페넷주 150 밀리그램(트라스투주맙)
		오기브리주 150 밀리그램(트라스투주맙)
		삼페넷주 440 밀리그램(트라스투주맙)
		투젭타주 150 밀리그램(트라스투주맙)
		투젭타주 440 밀리그램(트라스투주맙)
102	트라스투주맙데룩스테칸 Trastuzumab deruxtecan	엔허투주 100mg(트라스투주맙데룩스테칸)
103	트라스투주맙엠탄신 Trastuzumab Emtansine	캐싸일라주 100 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주 160 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
104	트레멜리무맙 Tremelimumab/Tremelimumab	이뮤도주(트레멜리무맙)
105	반데타닙 Vandetanib	카프렐사정 100 밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정 300 밀리그램(반데타닙)
106	베무라페닙고체분산체 Vemurafenib Solid Dispersions	젤보라프정 240 밀리그램(베무라페닙)
107	베네토클락스 Venetoclax	벤클렉스타정 100 밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정 10 밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정 50 밀리그램(베네토클락스)
108	자누브루티닙	브루킨사캡슐 80 밀리그램(자누브루티닙)

	Zanubrutinib	

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
치료보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제14조 제5항)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율 의50% - 1년초과기간 : 평균공시이율 의40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포

함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 비급여항암약물치료특약
(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)
(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **비급여항암약물치료특약(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 비급여항암약물치료특약(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정의한 "암", “기타피부암” 및 “갑상선암”의 최초 진단 확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며,

이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]
C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야

합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("항암약물치료"의 정의)

이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제5조 ("급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료"의 정의)

"급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료"는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부산정내역서의 항암제의 약제비가 급여전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제 범위에서 제외됩니다.

[비급여]
- 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의

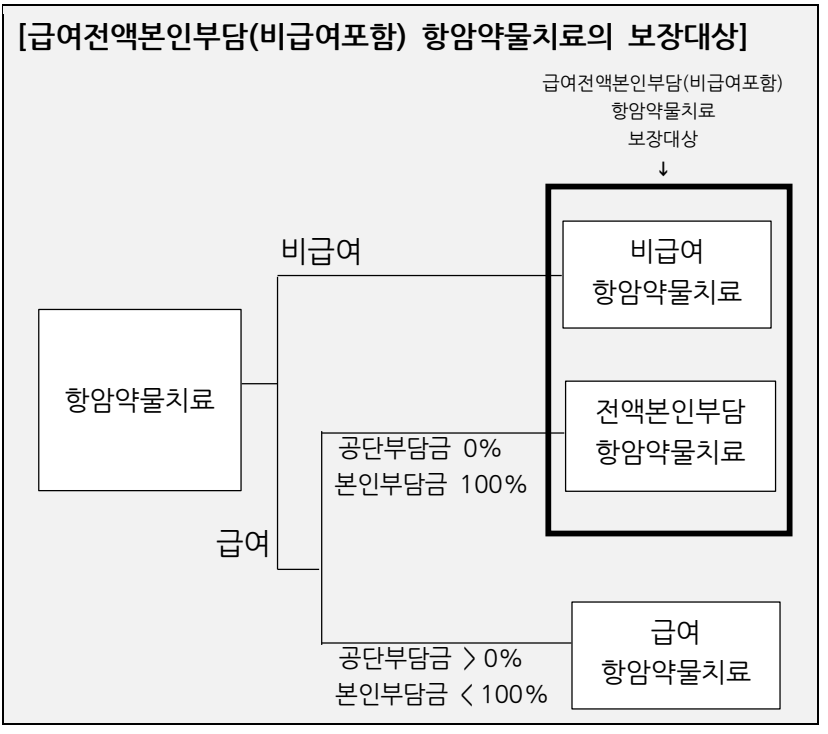
료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

[급여전액본인부담]

- 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생하였으나 본인이 전액 부담하는 경우를 말합니다.

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.



제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”, "기타피부암", "갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료”를 받은 경우 “비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만,“비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금”은 최초 진단 확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))

[비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함) 보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
위의 악성신생물(C16) 최초 진단 확정일 : 2025년 4월 1일
간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 확정 후 1차년도	최초 진단 확정 후 2차년도	최초 진단 확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 확정 후 9차년도	최초 진단 확정 후 10차년도
위암(C16) 항암약물치료 급여(전액본인부담 이외) 미지급	위암(C16) 항암약물치료 비급여 1,000만원	급여 전액본인부담 (비급여포함) 항암약물치료 미시행	간암(C22) 항암약물치료 급여 (전액본인부담) 1,000만원	간암(C22) 항암약물치료 비급여 1,000만원
	위암(C16) 항암약물치료 비급여 미지급			

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 “암”, "기타피부암” 또는 "갑상선암”의 최초 진단 확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(“암”, "기타피부암” 또는 "갑상선암”의 최초 진단 확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금”을 지급합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 "암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(“급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료”의 정의)에서 정한 급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 연간 2회 이상 이

용한 경우에도 “비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금”을 연간 1회만 지급합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별

판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 항암약물치료증명서, 진료비계산서·영수증, 진료비 세부산정내역서 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나

다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니

다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력

을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 "암보장개시일" 이후에 "암"으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단 확정되고, "보험금 지급기간" 중 사망하였을 경우

5. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 및 제4호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나

는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호 및 제4호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 [“최초계약의 보험계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”]부터 암보장개시일 전일 이전에 제

3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정 된 경우

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을

계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우
3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정된 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다. 그러나 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한

"암"에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 "암보장개시일" 이후에 "암"으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단 확정되어 "보험금 지급기간"이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여

드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지급사유	지급금액
비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함) 보험금 (제 6 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 " 암보장개시일" 이후에 "암"으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 " 기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단 확정되고, "보험금 지급기간" 이내에 "암", "기타피부암", "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료"를 받은 경우 (다만,"비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금"은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. "보험금 지급기간"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 최초 진단

확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.
5. 이 특약에서 “연간”이란 “암”, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단 확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(“암”, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금(제 6 조) 및 계약자적립액(제 14 조 제 5 항)	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%)
해약환급금(제 23 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 비급여항암약물치료특약H (급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회) (간편N) 약 관

이 특약의 약관은 무배당 **비급여항암약물치료특약H(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 비급여항암약물치료특약H(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정의한 "암", “기타피부암” 및 “갑상선암”의 최초 진단 확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에

해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“항암약물치료”의 정의)

이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제5조 (“급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료”의 정의)

“급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료”는 항암약물치료로

인해 발생한 진료비세부산정내역서의 항암제의 약제비가 급여전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제 범위에서 제외됩니다.

[비급여]

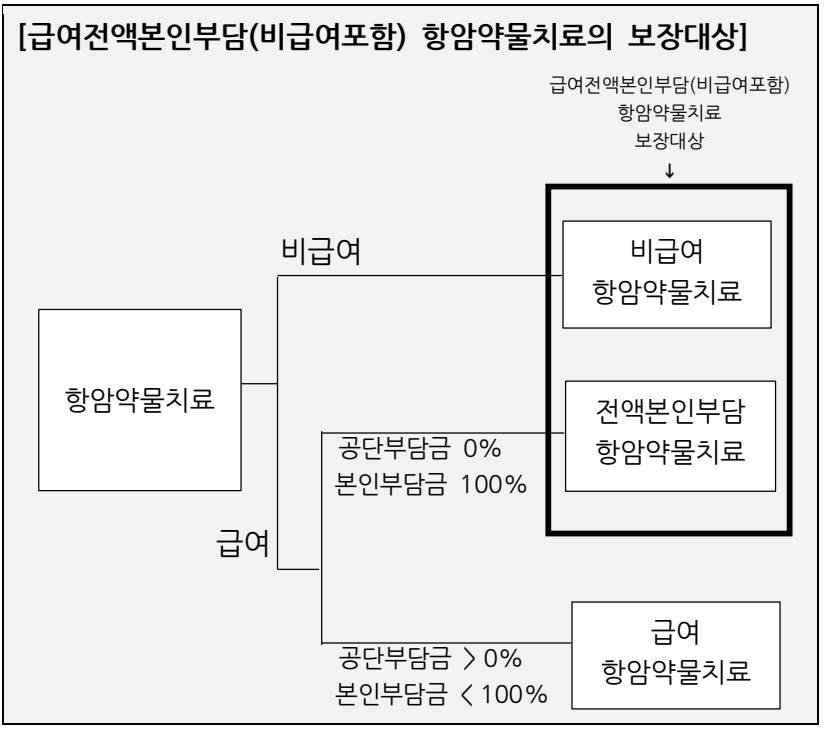
- 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

[급여전액본인부담]

- 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생하였으나 본인이 전액 부담하는 경우를 말합니다.

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.



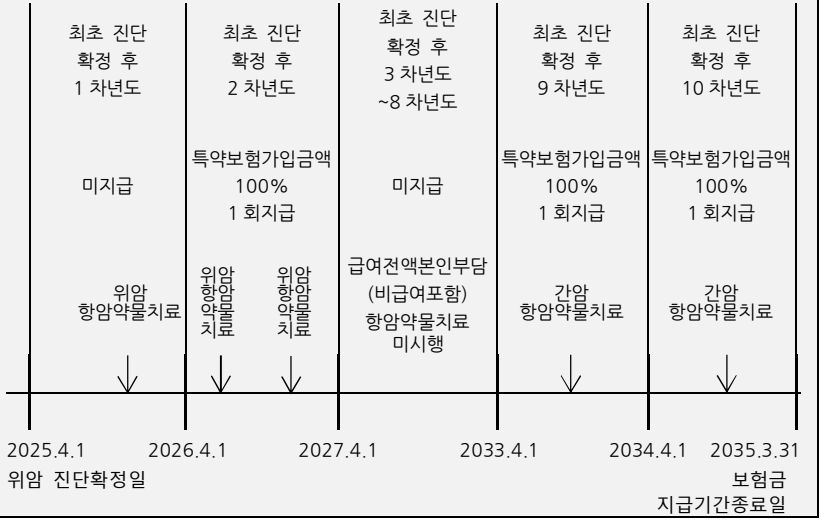
제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”, "기타피부암", "갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료”를 받은 경우 “비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만,“비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금”은 최초 진단 확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))

[비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함) 보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
위의 악성신생물(C16) 최초 진단 확정일 : 2025년 4월 1일
간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 확정 후 1차년도	최초 진단 확정 후 2차년도	최초 진단 확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 확정 후 9차년도	최초 진단 확정 후 10차년도
위암(C16) 항암약물치료 급여(전액본인 부담 이외) 미지급	위암(C16) 항암약물치료 비급여 1,000만원	급여 전액본인부담 (비급여포함) 항암약물치료 미시행	간암(C22) 항암약물치료 급여 (전액본인부담) 1,000만원	간암(C22) 항암약물치료 비급여 1,000만원
	위암(C16) 항암약물치료 비급여 미지급			



제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 “암”, "기타피부암" 또는 "갑상선암”의 최초 진단 확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(“암”, "기타피부암" 또는 "갑상선암”의 최초 진단 확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 "암", “기타피부암” 및 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(“급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료”의 정의)에서 정한 급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 연간 2회 이상 이용한 경우에도 “비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보

험금"을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 항암약물치료증명서, 진료비계산서·영수증, 진료비세부산정내역서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때

에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 "암보장개시일” 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 "기

타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우

4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제 2 항 제 2 호 및 제 3 호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지

의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정 된 경우

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도

해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를

포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 "암보장개시일" 이후에 "암"으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단 확정되어 "보험금 지급기간"이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

> **[해약환급금 관련 유의사항]**
> 1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
> 2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X

해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지급사유	지급금액
비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함) 보험금(제 6 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "암보장개시일" 이후에 "암"으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단 확정되고, "보험금 지급기간" 이내에 "암", "기타피부암", "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료"를 받은 경우 (다만,"비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금"은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 또한, 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 "암보장개시일" 이후에 "암"으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단 확정되고, "보험금 지급기간" 중 사망하였을 경우

이 특약은 그때부터 효력이 없으며 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

3. “보험금 지급기간”이라 함은 “암”, "기타피부암" 및 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
4. 암보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.
5. 이 특약에서 “연간”이란 “암”, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단 확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(“암”, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금(제 6 조) 및 계약자적립액(제 12 조 제 5 항)	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%)
해약환급금(제 21 조 제 1 항 및 제 2 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 비급여항암약물치료특약L (급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회) (간편N) 약 관

이 특약의 약관은 무배당 **비급여항암약물치료특약L(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 비급여항암약물치료특약L(급여전액본인부담포함)(연간1회한,최대10회)(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정의한 "암", “기타피부암” 및 “갑상선암”의 최초 진단 확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에

해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“항암약물치료”의 정의)

이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제5조 (“급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료”의 정의)

“급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료”는 항암약물치료로

인해 발생한 진료비세부산정내역서의 항암제의 약제비가 급여전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제 범위에서 제외됩니다.

[비급여]

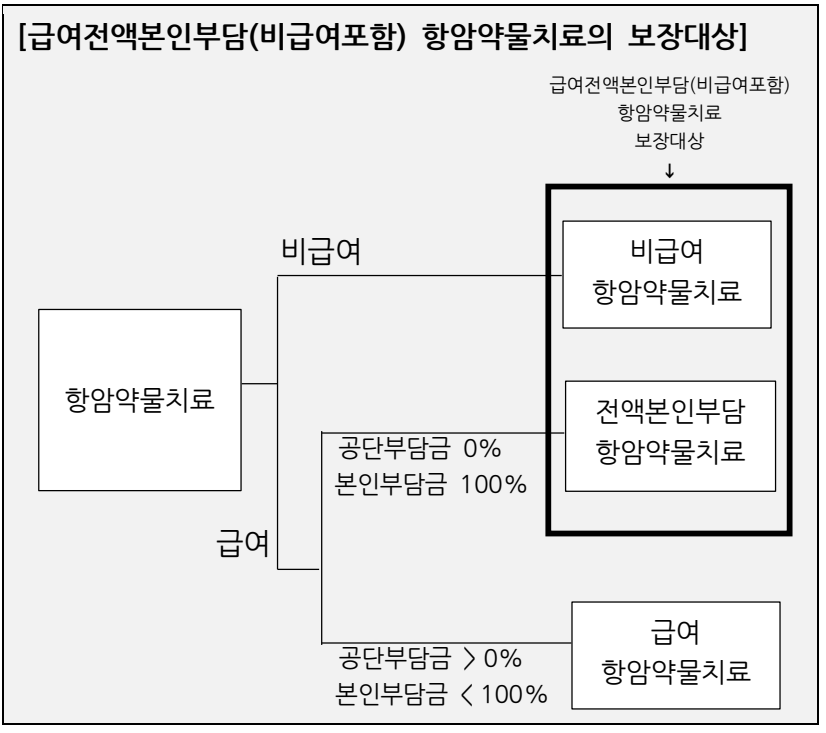
- 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

[급여전액본인부담]

- 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생하였으나 본인이 전액 부담하는 경우를 말합니다.

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.



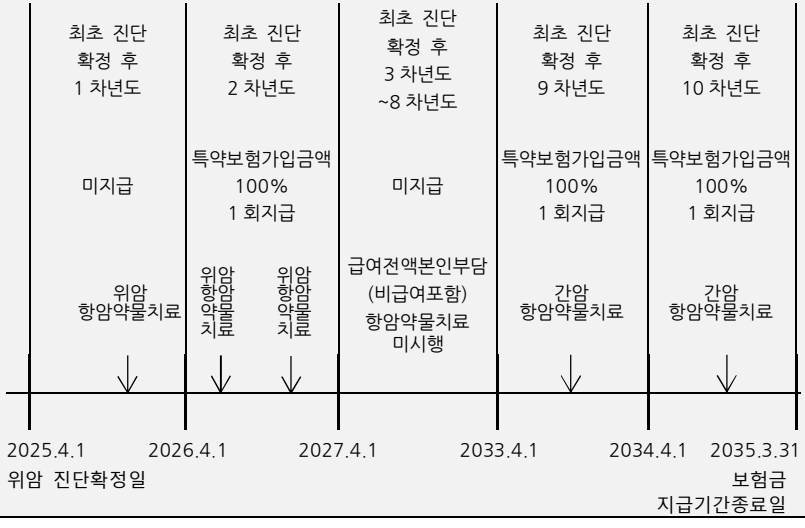
제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”, "기타피부암", "갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료”를 받은 경우 “비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만,“비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금”은 최초 진단 확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))

[비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함) 보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
위의 악성신생물(C16) 최초 진단 확정일 : 2025년 4월 1일
간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 확정 후 1차년도	최초 진단 확정 후 2차년도	최초 진단 확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 확정 후 9차년도	최초 진단 확정 후 10차년도
위암(C16) 항암약물치료 급여(전액본인 부담 이외) 미지급	위암(C16) 항암약물치료 비급여 1,000만원	급여 전액본인부담 (비급여포함) 항암약물치료 미시행	간암(C22) 항암약물치료 급여 (전액본인부담) 1,000만원	간암(C22) 항암약물치료 비급여 1,000만원
	위암(C16) 항암약물치료 비급여 미지급			



제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 “암”, "기타피부암" 또는 "갑상선암”의 최초 진단 확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(“암”, "기타피부암" 또는 "갑상선암”의 최초 진단 확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 "암", “기타피부암” 및 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(“급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료”의 정의)에서 정한 급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 연간 2회 이상 이용한 경우에도 “비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보

험금"을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 항암약물치료증명서, 진료비계산서·영수증, 진료비세부산정내역서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등

으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 "암보장개시일” 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고, “보

험금 지급기간” 중 사망하였을 경우

4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없

는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복)) 에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정 된 경우

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어

주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약

의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에

게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 "암보장개시일" 이후에 "암"으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단 확정되어 "보험금 지급기간"이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X

해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지급사유	지급금액
비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함) 보험금 (제 6 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 " 암보장개시일" 이후에 "암"으로 최초 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 " 기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단 확정되고, "보험금 지급기간" 이내에 "암", "기타피부암", "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "급여전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료"를 받은 경우 (다만,"비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금"은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. "보험금 지급기간"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 최초 진단 확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
3. 암보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

4. 이 특약에서 “연간”이란 “암”, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단 확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(“암”, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제21조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
비급여항암약물치료(급여전액본인부담포함)보험금(제 6 조)	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%)
해약환급금(제 21 조 제 1 항 및 제 2 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환주요치료특약(각연간1회한) (간편N/갱신형) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환주요치료특약(각연간1회한)(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환주요치료특약(각연간1회한)(간편N/갱신형) 약 관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감

독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제23조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“순환계질환(뇌)”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “순환계질환(뇌)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “순환계질환(뇌) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, '외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② "순환계질환(뇌)"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "순환계질환(뇌)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (“순환계질환(심)”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “순환계질환(심)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) “순환계질환(심) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② "순환계질환(심)"의 진단 확정은 병원의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 도플러 초음파 검사, 혈관조영술(관상동맥, 대동맥 등), 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 내시경 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "순환계질환(심)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 "순환계질환(심)"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조 ("수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)"의 정의와 장소)

① "수술"이라 함은 병원에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나

약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외합니다.

② "수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)"이라 함은 제 1 항 "수술"에서 "혈전용해치료" 및 "혈전제거수술"을 제외한 수술을 말합니다.

제6조 ("혈전제거수술"의 정의)

① '혈전제거수술'이라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 '순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 '혈전제거수술'이라 함은 '혈관으로부터 혈전을 제거하는 것'을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제7조 ("혈전용해치료"의 정의)

① '혈전용해치료'라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자가 '혈전용해제'를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 '혈전용해제'라 함은 순환계 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제8조 ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제9조 ("권역심뇌혈관질환센터"의 정의)

"권역심뇌혈관질환센터"라 함은 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)에 따라 지정된 권역심뇌혈관질환센터를 말합니다.

제10조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제8조("상급종합병원"의 정의) 및 제9조("권역심뇌혈관질환센터"의 정의)에 의한 상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터의 정의가 의료법, 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙, 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터의 지정 및 지정 취소에 관한 규칙 등 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “법령”의 개정에 따라 “상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “법령”의 개정에 따라 “상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터” 제도의 변경으로 “상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터” 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는

보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제11조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “법령”의 개정으로 상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터의 지정기준의 기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제11조 (보험금의 지급사유)

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 6개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 각 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우 아래와 같이 각 세부보장별 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우(연간1회한)
   : 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우(연간1회한)

: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(혈전제거수술)보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간1회한)
: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(혈전용해치료)보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우(연간1회한)
: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우(연간1회한)
: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(혈전제거수술)보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단

확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간1회한)

: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(혈전용해치료)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제12조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제23조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제11조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제6호에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제11조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. "연간"이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계

에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제11조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제13조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제14조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제15조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명, 혈전용해치료 일자 및 내용 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제15조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에

보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제17조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제18조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제17조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동

의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제17조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제26조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제19조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 세부보장을 동일한 조건으로 가입하여야 합니다

③ 제 2 항에도 불구하고 이 특약을 체결할 때 계약자는 각 세부보장별 보험가입금액을 다르게 가입할 수 있습니다.

④ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제4항 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니

다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑦ 제4항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑧ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제23조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑨ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑩ 제9항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑪ 제9항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑫ 제26조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력

회복)을 청약한 날을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

제20조 (피보험자의 범위)
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제21조 (특약의 무효)
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제22조 (특약내용의 변경 등)
① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 세부보

장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

제23조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제24조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준

용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제25조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제26조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 청약

한 것으로 봅니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 경우, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다.

④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제27조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제28조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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 : 각 세부보장별 보험가입금액)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(뇌)주요치료(수술)(혈전용해치료및 혈전제거수술제외) 보험금 (제 11 조 제 1 호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우 (연간 1 회한)	[1 년이상] 보험가입금액 100% [1 년미만] 보험가입금액 50%
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(뇌)주요치료(혈전제거수술)보험금 (제 11 조 제 2 호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우 (연간 1 회한)	[1 년이상] 보험가입금액 100% [1 년미만] 보험가입금액 50%
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(뇌)주요치료(혈전용해치료)보험금 (제 11 조 제 3 호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우 (연간 1 회한)	[1 년이상] 보험가입금액 100% [1 년미만] 보험가입금액 50%
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(심)주요치료(수술)(혈전용해치료및 혈전제거수술제외)보험금 (제 11 조 제 4 호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우 (연간 1 회한)	[1 년이상] 보험가입금액 100% [1 년미만] 보험가입금액 50%

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(심)주요치료(혈전제거수술)보험금 (제 11 조 제 5 호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우 (연간 1 회한)	[1 년이상] 보험가입금액 100% [1 년미만] 보험가입금액 50%
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(심)주요치료(혈전용해치료)보험금 (제 11 조 제 6 호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우 (연간 1 회한)	[1 년이상] 보험가입금액 100% [1 년미만] 보험가입금액 50%

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제23조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 "연간"이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㈜

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

순환계질환(뇌) 분류표

① 약관에서 규정하는 “순환계질환(뇌)”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
뇌혈관질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	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 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 다만 '외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② '약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상

으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

순환계질환(심) 분류표

① 약관에 규정하는 “순환계질환(심)”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
급성 류마티스열	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
만성 류마티스 심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
허혈성 심장질환	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
심장염증 질환	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33

분류항목		분류코드
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
중증방실 차단	방실차단, 2 도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
부정맥	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
심부전	심부전	I50
대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
특정 동맥혈관 질환	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
문맥혈전증	문맥혈전증	I81
식도정맥류	식도정맥류	I85
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정

으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제16조 제2항, 제19조 7항 및 제28조 제2항 관련)

1. 보험금 (제 11 조) 및 계약자적립액(제 19 조 제 7 항)

기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

2. 해약환급금 (제 28 조 제 1 항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1 년이내	평균공시이율의 50%
	1 년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는

전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 상급종합병원
(권역심뇌혈관질환센터포함)
순환계질환주요치료특약H(각연간1회한)
(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환주요치료특약H(각연간1회한)(간편N)를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환주요치료특약H(각연간1회한)(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말

합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제21조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“순환계질환(뇌)”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “순환계질환(뇌)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “순환계질환(뇌) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② "순환계질환(뇌)"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT

scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "순환계질환(뇌)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (“순환계질환(심)”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “순환계질환(심)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) “순환계질환(심) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② "순환계질환(심)"의 진단 확정은 병원의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 도플러 초음파 검사, 혈관조영술(관상동맥, 대동맥 등), 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 내시경 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "순환계질환(심)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 "순환계질환(심)"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조 ("수술(혈전용해치료 및 혈전제거수술 제외)"의 정의와 장소)

① "수술"이라 함은 병원에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 “특정 행위”에서 제외합니다.

② "수술(혈전용해치료 및 혈전제거수술 제외)"이라 함은 제1항 "수술"에서 "혈전용해치료" 및 "혈전제거수술"을 제외한 수술을 말합니다.

제6조 ("혈전제거수술"의 정의)

① “혈전제거수술”이라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전제거수술”이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제7조 ("혈전용해치료"의 정의)

① “혈전용해치료”라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자가 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전용해제”라 함은 순환계 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제8조 ("상급종합병원"의 정의)

“상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제9조 ("권역심뇌혈관질환센터"의 정의)

"권역심뇌혈관질환센터"라 함은 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)에 따라 지정된 권역심뇌혈관질환센터를 말합니다.

제10조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제8조("상급종합병원"의 정의) 및 제9조("권역심뇌혈관질환센터"의 정의)에 의한 상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터의 정의가 의료법, 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙, 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터의 지정 및 지정 취소에 관한 규칙 등 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “법령”의 개정에 따라 “상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “법령”의 개정에 따라 “상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터” 제도의 변경으로 “상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터” 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제11조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “법령”의 개정으로 상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터의 지정기준의 기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제11조 (보험금의 지급사유)

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 6개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 각 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우 아래와 같이 각 세부보장별 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단

확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우(연간1회한)

: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우(연간1회한)

: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(혈전제거수술)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간1회한)

: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(혈전용해치료)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우(연간1회한)

: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우(연간1회한)

: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(혈전제거수술)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간1회한)

: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(혈전용해치료)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제12조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계

약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제11조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제6호에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제11조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. "연간"이란, 계약일해당일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제11조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입

면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제13조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제14조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제15조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명, 혈전용해치료 일자 및 내용 기재),진료기록부(검사기록지 포함), 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 장해진단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제15조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제17조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 세부보장을 동일한 조건으로 가입하여야 합니다

③ 제2항에도 불구하고 이 특약을 체결할 때 계약자는 각 세부보장별 보험가입금액을 다르게 가입할 수 있습니다.

④ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제4항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 “실종기간”이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑦ 제4항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑧ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑨ 제8항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 제8항의 “추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우”는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우

2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑪ 제24조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력

회복)을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조 (피보험자의 범위)
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제19조 (특약의 무효)
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조 (특약내용의 변경 등)
① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 세부보

장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

제21조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제22조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제23조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험

료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제26조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제24조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 경우, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다.

④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제25조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제26조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제26조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이

종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

보험금 지급기준표

(기준 : 각 세부보장별 보험가입금액)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(뇌) 주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외) 보험금 (제11조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(뇌) 주요치료 (혈전제거수술) 보험금 (제11조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(뇌) 주요치료 (혈전용해치료) 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
(제11조 제3호)	(연간1회한)	
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(심) 주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외) 보험금 (제11조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(심) 주요치료 (혈전제거수술) 보험금 (제11조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(심) 주요치료 (혈전용해치료) 보험금 (제11조 제6호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한

재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는

경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 “1. 보장대상이 되는 재해” ②에 해당하는 감염병은 “2. 보험금을 지급하지 않는 재해” ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

순환계질환(뇌) 분류표

① 약관에서 규정하는 “순환계질환(뇌)”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
뇌혈관질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	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 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 다만, “외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

> 한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
> 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
> 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한

국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

순환계질환(심) 분류표

① 약관에 규정하는 “순환계질환(심)”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
급성 류마티스열	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
만성 류마티스 심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
허혈성 심장질환	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
심장염증 질환	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	상세불명 판막의 심내막염	I38

분류항목		분류코드
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
중증방실 차단	방실차단, 2도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
부정맥	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
심부전	심부전	I50
대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
특정 동맥혈관 질환	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
문맥혈전증	문맥혈전증	I81
식도정맥류	식도정맥류	I85
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제16조 제2항, 제17조 제7항 및 제26조 제4항 관련)

1. 보험금 (제11조) 및 계약자적립액 (제17조 제7항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제26조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 “청구일”은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 상급종합병원
(권역심뇌혈관질환센터포함)
순환계질환주요치료특약L(각연간1회한)
(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환주요치료특약L(각연간1회한)(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환주요치료특약L(각연간1회한)(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말

합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제21조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“순환계질환(뇌)”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “순환계질환(뇌)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “순환계질환(뇌) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② "순환계질환(뇌)"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT

scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "순환계질환(뇌)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (“순환계질환(심)”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “순환계질환(심)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) “순환계질환(심) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② "순환계질환(심)"의 진단 확정은 병원의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 도플러 초음파 검사, 혈관조영술(관상동맥, 대동맥 등), 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 내시경 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "순환계질환(심)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 "순환계질환(심)"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조 ("수술(혈전용해치료 및 혈전제거수술 제외)"의 정의와 장소)

① "수술"이라 함은 병원에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 “특정 행위”에서 제외합니다.

② "수술(혈전용해치료 및 혈전제거수술 제외)"이라 함은 제1항 "수술"에서 "혈전용해치료" 및 "혈전제거수술"을 제외한 수술을 말합니다.

제6조 ("혈전제거수술"의 정의)

① “혈전제거수술”이라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전제거수술”이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제7조 ("혈전용해치료"의 정의)

① “혈전용해치료”라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자가 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전용해제”라 함은 순환계 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제8조 ("상급종합병원"의 정의)

“상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제9조 ("권역심뇌혈관질환센터"의 정의)

"권역심뇌혈관질환센터"라 함은 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)에 따라 지정된 권역심뇌혈관질환센터를 말합니다.

제10조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제8조("상급종합병원"의 정의) 및 제9조("권역심뇌혈관질환센터"의 정의)에 의한 상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터의 정의가 의료법, 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙, 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터의 지정 및 지정 취소에 관한 규칙 등 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “법령”의 개정에 따라 “상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “법령”의 개정에 따라 “상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터” 제도의 변경으로 “상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터” 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제11조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “법령”의 개정으로 상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터의 지정기준의 기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제11조 (보험금의 지급사유)

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 6개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 각 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우 아래와 같이 각 세부보장별 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단

확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우(연간1회한)

: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우(연간1회한)

: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(혈전제거수술)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간1회한)

: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(뇌)주요치료(혈전용해치료)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우(연간1회한)

: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우(연간1회한)

: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(혈전제거수술)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간1회한)

: 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)순환계질환(심)주요치료(혈전용해치료)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제12조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계

약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제11조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제6호에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제11조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. "연간"이란, 계약일해당일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제11조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입

면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제13조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제14조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제15조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명, 혈전용해치료 일자 및 내용 기재),진료기록부(검사기록지 포함), 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 장해진단서, 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제15조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제17조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 세부보장을 동일한 조건으로 가입하여야 합니다

③ 제2항에도 불구하고 이 특약을 체결할 때 계약자는 각 세부보장별 보험가입금액을 다르게 가입할 수 있습니다.

④ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제4항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 “실종기간”이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 “추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우”는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제24조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제19조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

제21조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제22조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제23조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해

지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제26조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제24조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 경우, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다.

④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의

부활(효력회복)을 취급합니다.

⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제25조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제26조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제26조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는

해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

보험금 지급기준표

(기준 : 각 세부보장별 보험가입금액)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(뇌) 주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외) 보험금 (제11조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(뇌) 주요치료 (혈전제거수술) 보험금 (제11조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(뇌) 주요치료 (혈전용해치료) 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
(제11조 제3호)	(연간1회한)	
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(심) 주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외) 보험금 (제11조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(심) 주요치료 (혈전제거수술) 보험금 (제11조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함) 순환계질환(심) 주요치료 (혈전용해치료) 보험금 (제11조 제6호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터포함)”에서 “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한

재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는

경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 “1. 보장대상이 되는 재해” ②에 해당하는 감염병은 “2. 보험금을 지급하지 않는 재해” ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

순환계질환(뇌) 분류표

① 약관에서 규정하는 “순환계질환(뇌)”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
뇌혈관질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	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 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 다만, “외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

> 한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
> 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
> 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한

국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

순환계질환(심) 분류표

① 약관에 규정하는 “순환계질환(심)”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
급성 류마티스열	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
만성 류마티스 심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
허혈성 심장질환	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
심장염증 질환	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	상세불명 판막의 심내막염	I38

분류항목		분류코드
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
중증방실 차단	방실차단, 2도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
부정맥	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
심부전	심부전	I50
대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
특정 동맥혈관 질환	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
문맥혈전증	문맥혈전증	I81
식도정맥류	식도정맥류	I85
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제16조 제2항 및 제26조 제4항 관련)

1. 보험금 (제11조)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제26조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 “청구일”은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 상급종합병원뇌심주요치료특약(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 상급종합병원뇌심주요치료특약(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 상급종합병원뇌심주요치료특약(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제22조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조(“허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 “2대질환”의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “허혈심장질환 및 뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병(이하 “2대질환”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “허혈심장질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사(치과의사 제외)”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다.

③ “뇌혈관질환”의 진단 확정은 병원의 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관

조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“2대질환주요치료”의 정의)

“2대질환주요치료”라 함은 "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우

제5조 ("수술"의 정의와 장소)

"수술"이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 “특정 행위”에서 제외합니다.

제6조 ("혈전용해치료"의 정의)

① “혈전용해치료”라 함은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자가 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 및 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전용해제”라 함은 심혈관 및 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제7조 ("중환자실치료"의 정의)

① "중환자실치료"라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 “「의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2.중환자실」”에 부합하는 입원치료실[(별표5) “의료기관의 시설규격(중환자실)"참조]을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제8조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제9조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원 지정기준 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 "상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

> **[예시]**
>
> 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등),

전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제10조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제10조 (보험금의 지급사유)

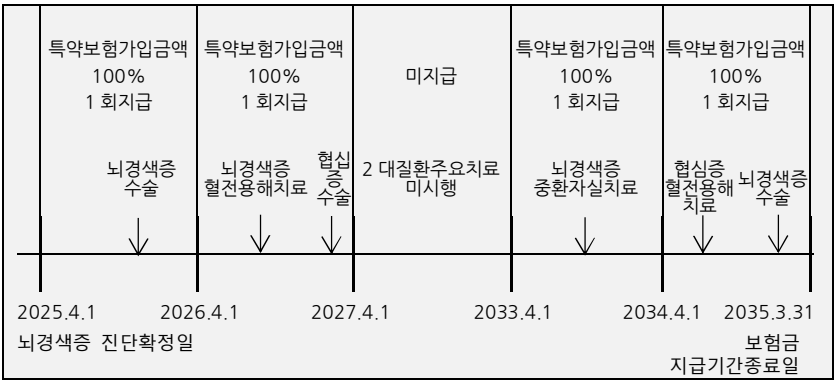
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "2대질환"으로 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “2대질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 중환자실치료)”를 받은 경우 “상급종합병원 2대질환주요치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.
(다만, "상급종합병원 2대질환주요치료보험금"은 최초 진단확정일로부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))

[상급종합병원 2대질환주요치료보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2025년 4월 1일
협심증(I20) 진단 확정일 : 2026년 12월 20일

최초 진단확정 후 1차년도	최초 진단확정 후 2차년도	최초 진단확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단확정 후 9차년도	최초 진단확정 후 10차년도
뇌경색증 (I63) 수술 1,000만원	뇌경색증 (I63) 혈전용해치료 1,000만원	2대질환주요 치료 미시행	뇌경색증 (I63) 중환자실치료 1,000만원	협심증(I20) 혈전용해치료 1,000만원
	협심증(I20) 수술 미지급	2대질환주요 치료 미시행		뇌경색증 (I63) 수술 미지급

최초 진단확정 후 1 차년도	최초 진단확정 후 2 차년도	최초 진단확정 후 3 차년도 ~8 차년도	최초 진단확정 후 9 차년도	최초 진단확정 후 10 차년도



제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 "2대질환"으로 최초 진단확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제22조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제10조(보험금의 지급사유)의 경우 연간1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 "2대질환" 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "2대질환" 진단해당일("2대질환" 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 '"2대질환" 진단해당일'이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 '"2대질환" 진단해당일'로 합니다

④ 피보험자가 보험기간 중 "2대질환"으로 최초 진단 확정되고

보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “상급종합병원 2대질환주요치료보험금”을 지급합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 제4조("2대질환주요치료"의 정의)에서 정한 수술, 혈전용해치료, 중환자실치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “상급종합병원 2대질환주요치료보험금”을 연간1회만 지급합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제13조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제14조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명, 혈전용해치료 또는 상급종합병원 중환자실치료 일자 및 내용 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서,

본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시

한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제17조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제16조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제25조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우
   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 "2대질환"으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간”에 사망하였을 경우
5. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으

로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 및 제4호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호 및 제4호의 경우 회사는 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제22조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제24조

(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제25조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제19조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제20조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제21조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 "2대질환"으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제22조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보

험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "2대질환"으로 최초 진단확정된 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제23조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제24조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었

으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제25조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제26조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 "2대 질환"으로 최초 진단확정된 경우에는 “보험금 지급기간”이 경과하기 전까지 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제27조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
상급종합병원 2 대질환주요치료보험금 (제 10 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "2 대질환"으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 "2 대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “2 대질환주요치료”를 받은 경우 (다만, "상급종합병원 2 대질환주요치료보험금"은 최초 진단확정일로부터 연간 1 회에 한하여 최대 10 년간 지급함(최대 10 회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 "2대질환"으로 최초 진단확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제22조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. “보험금 지급기간”이라 함은 "2대질환" 최초 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 이 특약에서 “연간”이란 "2대질환" 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 "2대질환" 진단해당일("2대질환" 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 ‘"2대질환" 진단해당일’이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 ‘"2대질환" 진단해당일’로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 및 뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 “허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
허혈심장질환	
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된

당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

의료기관의 시설규격(중환자실)

"「의료법」시행규칙 제34조(의료기관의 시설규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2. 중환자실"의 시설규격은 다음과 같습니다.

1. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
2. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
3. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
4. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
5. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기,지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
6. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함),심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
7. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
8. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
9. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
10. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야한다.
11. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실

은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제15조 제2항, 제18조 제5항 및 제27조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
상급종합병원 2 대질환주요치료 보험금 (제10조) 및 계약자적립액 (제18조 제5항)	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%)
해약환급금 (제27조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 상급종합병원뇌심주요치료특약H
(연간1회한,최대10회)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 상급종합병원뇌심주요치료특약H(연간1회한,최대10회)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 상급종합병원뇌심주요치료특약H
(연간1회한,최대10회)(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제20조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조(“허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 “2대질환”의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “허혈심장질환 및 뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병(이하 “2대질환”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “허혈심장질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서

규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사(치과의사 제외)”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “허혈심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

③ “뇌혈관질환”의 진단 확정은 병원의 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (“2대질환주요치료”의 정의)

“2대질환주요치료”라 함은 "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받

은 경우
3. "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우

제5조 ("수술"의 정의와 장소)

"수술"이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 “특정 행위”에서 제외합니다.

제6조 ("혈전용해치료"의 정의)

① “혈전용해치료”라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자가 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 및 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전용해제”라 함은 심혈관 및 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약

제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제7조 ("중환자실치료"의 정의)

① "중환자실치료"라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 의사에 의하여 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 “「의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2.중환자실」”에 부합하는 입원치료실[(별표 5) “의료기관의 시설규격(중환자실)"참조]을 말합니다.

다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제8조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제9조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약 내용의 변경)

① 제8조(“상급종합병원의 정의)에 의한 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 “상급종합병원 지정기준 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류

에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 "상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]

상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의

변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제10조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

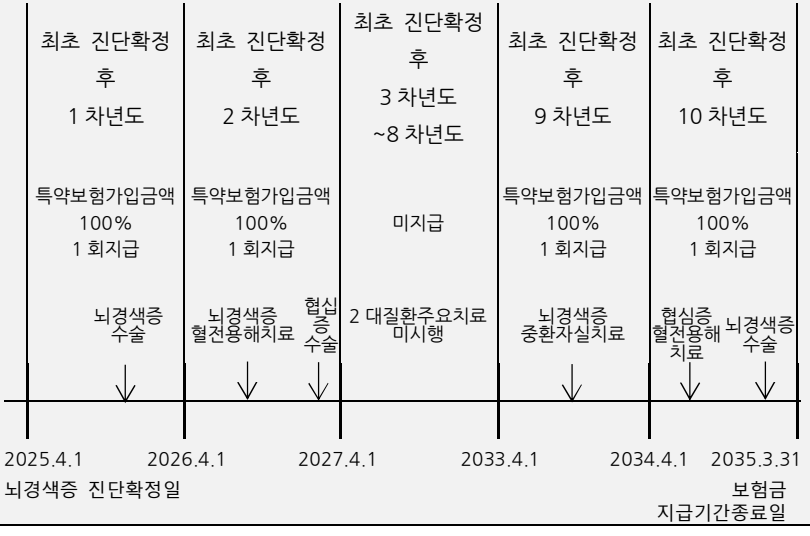
제10조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "2대질환"으로 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “2대질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 중환자실치료)”를 받은 경우 “상급종합병원 2대질환주요치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.
(다만, "상급종합병원 2대질환주요치료보험금"은 최초 진단확정일로부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))

[상급종합병원 2대질환주요치료보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2025년 4월 1일
협심증(I20) 진단 확정일 : 2026년 12월 20일

최초 진단확정 후 1차년도	최초 진단확정 후 2차년도	최초 진단확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단확정 후 9차년도	최초 진단확정 후 10차년도
뇌경색증 (I63) 수술 1,000만원	뇌경색증 (I63) 혈전용해치료 1,000만원	2대질환주요 치료 미시행	뇌경색증 (I63) 중환자실치료 1,000만원	협심증(I20) 혈전용해치료 1,000만원
	협심증(I20) 수술 미지급	2대질환주요 치료 미시행		뇌경색증 (I63) 수술 미지급



제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 "2대질환"으로 최초 진단확정

된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제10조(보험금의 지급사유)의 경우 연간1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 "2대질환" 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "2대질환" 진단해당일("2대질환" 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 '"2대질환" 진단해당일'이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 '"2대질환" 진단해당일'로 합니다

③ 피보험자가 보험기간 중 "2대질환"으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “상급종합병원 2대질환주요치료보험금”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 제4조("2대질환주요치료"의 정의)에서 정한 수술, 혈전용해치료, 중환자실치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “상급종합병원 2대질환주요치료보험금”을 연간1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10

년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 지

급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제13조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제11조(보험금 지급에 관한

세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제14조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 진단서(병명, 혈전용해치료 또는 상급종합병원 중환자실치료 일자 및 내용 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지

의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 "2대질환"으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간”에 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느

하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호 및 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없

는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제23조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제19조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때

에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 "2대질환"으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제20조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제21조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제22조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제23조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주

계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 "2대질환"으로 최초 진단확정된 경우에는 “보험금 지급기간”이 경과하기 전까지 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제25조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
상급종합병원 2 대질환주요치료보험금 (제 10 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "2대질환"으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “2대질환주요치료”를 받은 경우 (다만, "상급종합병원 2대질환주요치료보험금"은 최초 진단확정일로부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 "2대질환"으로 최초 진단확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 또한, 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “2대질환”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
3. “보험금 지급기간”이라 함은 "2대질환" 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
4. 이 특약에서 “연간”이란 "2대질환" 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 "2대질환" 진단해당일("2대질환" 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 ‘"2대질

환"진단해당일'이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 '"2대질환" 진단해당일'로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 및 뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 “허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
허혈심장질환	
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된

당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

의료기관의 시설규격(중환자실)

“「의료법」시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2. 중환자실”의 시설규격은 다음과 같습니다.

1. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
2. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
3. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
4. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
5. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
6. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
7. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
8. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
9. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
10. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야한다.
11. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실

은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제15조 제2항, 제16조 제5항 및 제25조 제4항 관련)

구분	기간	지급이자
상급종합병원 2 대질환주요치료 보험금 (제10조) 및 계약자적립액 (제16조 제5항)	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%)
해약환급금 (제25조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 상급종합병원뇌심주요치료특약L
(연간1회한,최대10회)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 상급종합병원뇌심주요치료특약L(연간1회한,최대10회)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 상급종합병원뇌심주요치료특약L
(연간1회한,최대10회)(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제20조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조(“허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 “2대질환”의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “허혈심장질환 및 뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병(이하 “2대질환”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “허혈심장질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서

규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사(치과의사 제외)”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “허혈심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

③ “뇌혈관질환”의 진단 확정은 병원의 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (“2대질환주요치료”의 정의)

“2대질환주요치료”라 함은 "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받

은 경우

3. "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우

제5조 ("수술"의 정의와 장소)

"수술"이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 “특정 행위”에서 제외합니다.

제6조 ("혈전용해치료"의 정의)

① “혈전용해치료”라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자가 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 및 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전용해제”라 함은 심혈관 및 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약

제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제7조 ("중환자실치료"의 정의)

① "중환자실치료"라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 의사에 의하여 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 “「의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2.중환자실」”에 부합하는 입원치료실[(별표 5) “의료기관의 시설규격(중환자실)"참조]을 말합니다.

다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제8조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제9조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제8조(“상급종합병원의 정의)에 의한 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 “상급종합병원 지정기준 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류

에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 "상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]

상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제10조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

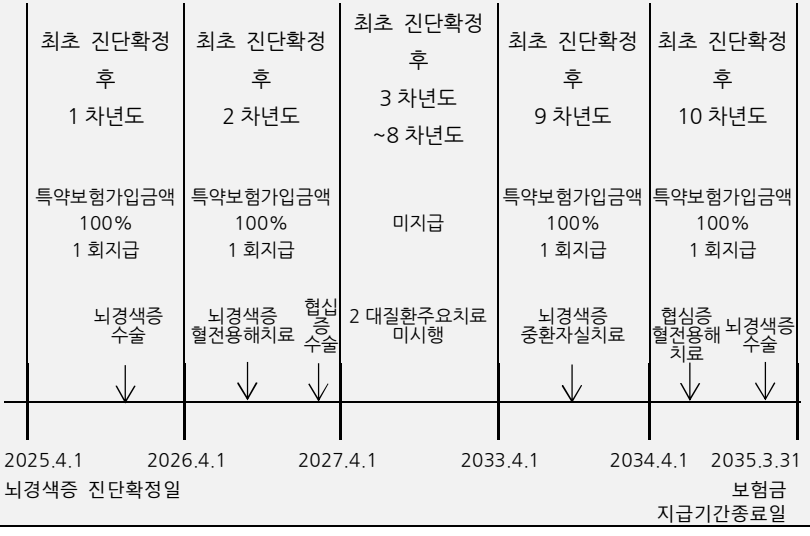
제10조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "2대질환"으로 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “2대질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 중환자실치료)”를 받은 경우 “상급종합병원 2대질환주요치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.
(다만, "상급종합병원 2대질환주요치료보험금"은 최초 진단확정일로부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))

[상급종합병원 2대질환주요치료보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2025년 4월 1일
협심증(I20) 진단 확정일 : 2026년 12월 20일

최초 진단확정 후 1차년도	최초 진단확정 후 2차년도	최초 진단확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단확정 후 9차년도	최초 진단확정 후 10차년도
뇌경색증 (I63) 수술 1,000만원	뇌경색증 (I63) 혈전용해치료 1,000만원	2대질환주요 치료 미시행	뇌경색증 (I63) 중환자실치료 1,000만원	협심증(I20) 혈전용해치료 1,000만원
	협심증(I20) 수술 미지급	2대질환주요 치료 미시행		뇌경색증 (I63) 수술 미지급



제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 "2대질환"으로 최초 진단확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제10조(보험금의 지급사유)의 경우 연간1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 "2대질환" 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "2대질환" 진단해당일("2대질환" 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 '"2대질환" 진단해당일'이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 '"2대질환" 진단해당일'로 합니다

③ 피보험자가 보험기간 중 "2대질환"으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “상급종합병원 2대질환주요치료보험금”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 제4조("2대질환주요치료"의 정의)에서 정한 수술, 혈전용해치료, 중환자실치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “상급종합병원 2대질환주요치료보험금”을 연간1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결

정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해

지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제13조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제14조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명, 혈전용해치료 또는 상급종합병원 중환자실치료 일자 및 내용 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험

금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 "2대질환"으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간”에 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으

로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제23조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제19조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있

습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 "2대질환"으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제20조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제21조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제22조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제23조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를

포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 "2대 질환"으로 최초 진단확정된 경우에는 “보험금 지급기간”이 경과하기 전까지 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제25조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.

2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제26조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정

을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준: 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
상급종합병원 2 대질환주요치료보험금 (제 10 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "2대질환"으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 "2대질환"의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “2대질환주요치료”를 받은 경우 (다만, "상급종합병원 2대질환주요치료보험금"은 최초 진단확정일로부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 "2대질환"으로 최초 진단확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. “보험금 지급기간”이라 함은 "2대질환" 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란 "2대질환" 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 "2대질환" 진단해당일("2대질환" 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 ‘"2대질환"진단해당일’이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 ‘"2대질환" 진단해당일’로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 및 뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 “허혈심장질환” 또는 “뇌혈관질환”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
허혈심장질환	
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25
뇌혈관질환	
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된

당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

의료기관의 시설규격(중환자실)

“「의료법」시행규칙 제34조(의료기관의 시설규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2. 중환자실”의 시설규격은 다음과 같습니다.

1. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
2. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
3. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
4. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
5. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
6. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
7. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
8. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
9. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
10. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야한다.
11. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실

은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제15조 제2항 및 제25조 제4항 관련)

구분	기간	지급이자
상급종합병원 2 대질환주요치료 보험금 (제10조)	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%)
해약환급금 (제25조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 상급종합병원 암주요치료특약 (기타피부암,갑상선암) (연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 상급종합병원 암주요치료특약(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 상급종합병원 암주요치료특약 (기타피부암,갑상선암) (연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제21조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조 ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 "기타피부암" 및 제2항에서 정의한 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 10

년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “기타피부암”의 진

단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

④ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑥ 제1항 및 제2항의 경우 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

⑦ 제1항 및 제2항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산

하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 '특정 행위'에서 제외합니다.

② 제1항의 "암수술"에서 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된 경우에는 "암수술"로 봅니다.

제5조 ("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("암주요치료"의 정의)

① "암주요치료"에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식을 억제하기 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암주요치료”로 봅니다.

제7조 ("상급종합병원"의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제8조 (“상급종합병원 지정기준 관련 법령 개정”에 따른 계약내용의 변경)

① 제7조(“상급종합병원”의 정의)에 의한 “상급종합병원”의 지정기준이 의료법 및「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경

우에는 변경된 시점의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 계약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 제7조(“상급종합병원”의 정의)의 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

   [예시]
   상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 계약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제9조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제9조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “암주요치료”를 받은 경우 “상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지

급합니다. (다만, “상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))

[상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암) 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
기타피부암 최초진단 확정일 : 2025년 4월 1일
갑상선암 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 후 1차년도	최초 진단 후 2차년도	최초 진단 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 후 9차년도	최초 진단 후 10차년도
기타피부암 수술 1,000만원	기타피부암 항암약물치료 1,000만원	암주요치료 미시행	갑상선암 항암방사선치료 1,000만원	갑상선암 수술 2회 1,000만원
	기타피부암 수술 3회 미지급			

제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 보장개시일 이후 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제21조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제9조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제9조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”을 지급합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("암주요치료"의 정의) 제1항에서 정한 암수술, 항암약물치료, 항암방사

선치료를 “상급종합병원”에서 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”을 연간 1회만 지급합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은

장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제16조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제15조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에

따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구

와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제15조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제24조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우
5. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 및 제4호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나

는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호 및 제4호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제21조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된

경우

⑩ 제24조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제19조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제21조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우

에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우
3. 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정된 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제22조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납

하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다

제23조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제24조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제25조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해

약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제26조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 "산출방법서"에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

보험금 지급기준표

(기준: 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
상급종합병원 암주요치료보험금 (기타피부암,갑상선암) (제 9 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “암주요치료”를 받은 경우 (다만,“상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제21조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. “보험금 지급기간”이라 함은 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
4. 이 특약에서 “연간”이란 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일부

터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항, 제17조 제5항 및 제26조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
상급종합병원 암주요치료 보험금 (기타피부암, 갑상선암) (제9조) 및 계약자적립액 (제17조 제5항)	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%)
해약환급금 (제26조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 상급종합병원 암주요치료특약 (기타피부암 및 갑상선암 제외)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 상급종합병원 암주요치료특약(기타피부암 및 갑상선암 제외)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 상급종합병원 암주요치료특약 (기타피부암 및 갑상선암 제외)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제21조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 "암"의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이

되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서

정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험

자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 ‘특정 행위’에서 제외합니다.

② 제1항의 “암수술”에서 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된

경우에는 “암수술”로 봅니다.

제5조 (“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("암주요치료"의 정의)

① “암주요치료”에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식을 억제하기 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는

약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암주요치료”로 봅니다.

제7조 ("상급종합병원"의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제8조 (“상급종합병원 지정기준 관련 법령 개정”에 따른 계약내용의 변경)

① 제 7 조(“상급종합병원”의 정의)에 의한 “상급종합병원”의 지정기준이 의료법 및「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 계약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제 3 항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우

2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 제 7 조(“상급종합병원”의 정의)의 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

> **[예시]**
> 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제 2 항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15 일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2 회 이상 안내합니다.

④ 제 2 항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제 4 항 제 1 호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제 2 항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 계약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제 1 항에도 불구하고 제 9 조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제9조 (보험금의 지급사유)

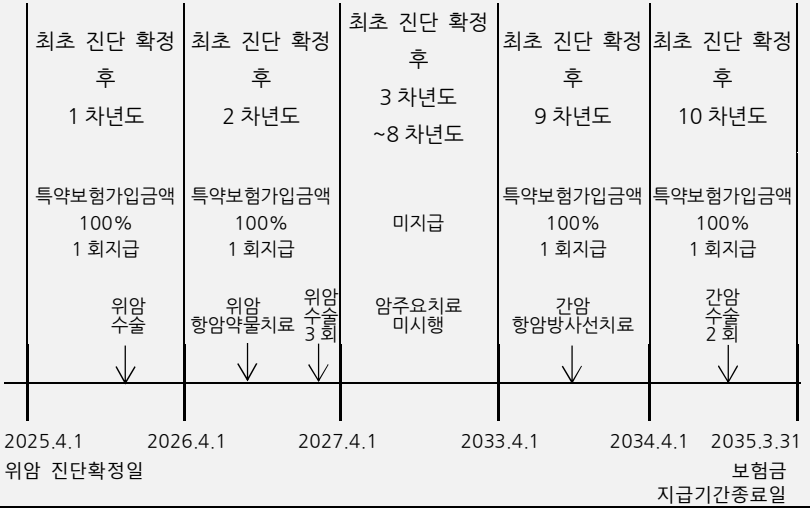
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제22조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “암주요치료”를 받은 경우 “상급종합병원 암주요치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니

다. (다만,“상급종합병원 암주요치료보험금”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))

[암주요치료보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
위의 악성신생물(C16) 최초 진단 확정일 : 2025년 4월 1일
간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 확정 후 1차년도	최초 진단 확정 후 2차년도	최초 진단 확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 확정 후 9차년도	최초 진단 확정 후 10차년도
위암(C16) 수술 1,000만원	위암(C16) 항암약물치료 1,000만원	암주요치료 미시행	간암(C22) 항암방사선치료 1,000만원	간암(C16) 수술 2회 1,000만원
	위암(C16) 수술 3회 미지급			



제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제21조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제9조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 최초 암 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “암 진단해당일”(최초 암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “암 진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “암 진단해당일”로 합니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 "암”으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제9조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “상급종합병원 암주요치료보험금”을 지급합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 "암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("암주요치료"의 정의) 제1항에서 정한 암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료를 “상급종합병원”에서 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “상급종합병원 암주요치료보험금”을 연간 1회만 지급합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되

지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나

의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등의 청구)
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급절차)
① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때

에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제16조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제15조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을

제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게

서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제15조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제24조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우
5. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 및 제4호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법

원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호 및 제4호의 경우 회사는 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제21조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우

2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제24조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제19조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 [“최초계약의 보험계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정 된 경우

제20조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제21조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보

험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우
3. 제9조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 최초 진단 확정된 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제22조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다. 그러나 제9조(보험금의 지급사유)에 따른 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제23조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제24조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제25조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정된 경우에는 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제26조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 "산출방법서"에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

보험금 지급기준표

(기준: 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 암주요치료보험금 (제 9 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “암주요치료”를 받은 경우 (다만,“상급종합병원 암주요치료보험금”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제21조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. “보험금 지급기간”이라 함은 최초 “암” 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
4. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.
5. 이 특약에서 “연간”이라 함은 최초 암 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1

년 단위로 도래하는 “암 진단해당일”(최초 암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “암 진단해당일”이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 “암 진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항, 제17조 제5항 및 제26조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
상급종합병원 암주요치료 보험금 (제9조) 및 계약자적립액 (제17조 제5항)	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%)
해약환급금 (제26조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 상급종합병원암주요치료특약H
(기타피부암,갑상선암)
(연간1회한,최대10회)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 상급종합병원암주요치료특약H(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 상급종합병원암주요치료특약H
(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제19조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조 ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 "기타피부암" 및 제2항에서 정의한 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합

니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

④ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시

점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑥ 제1항 및 제2항의 경우 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

⑦ 제1항 및 제2항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 ‘특정 행위’에서 제외합니다.

② 제1항의 “암수술”에서 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된 경우에는 “암수술”로 봅니다.

제5조 (“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치

료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("암주요치료"의 정의)

① “암주요치료”에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식을 억제하기 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암주요치료”로 봅니다.

제7조 ("상급종합병원"의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제8조 (“상급종합병원 지정기준 관련 법령 개정”에 따른 계약내용의 변경)

① 제7조(“상급종합병원”의 정의)에 의한 “상급종합병원”의 지정기준이 의료법 및 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 계약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 제7조(“상급종합병원”의 정의)의 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

> **[예시]**
> 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약

내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 계약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제9조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

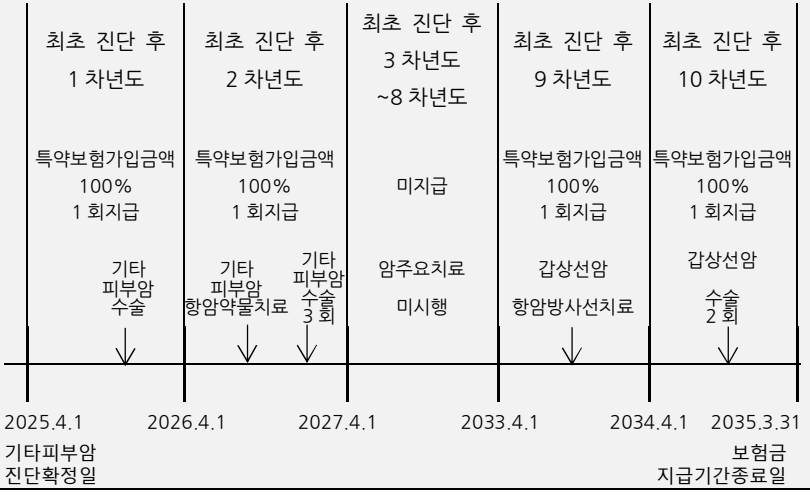
제9조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “암주요치료”를 받은 경우 “상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만,“상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))

[상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암) 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
기타피부암 최초진단 확정일 : 2025년 4월 1일
갑상선암 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 후 1차년도	최초 진단 후 2차년도	최초 진단 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 후 9차년도	최초 진단 후 10차년도
기타피부암 수술 1,000만원	기타피부암 항암약물치료 1,000만원	암주요치료 미시행	갑상선암 항암방사선치료 1,000만원	갑상선암 수술 2회 1,000만원
	기타피부암 수술 3회 미지급			



제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제9조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제9조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("암주요치료"의 정의) 제1항에서 정한 암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료를 “상급종합병원”에서 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되

지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나

의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에

보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경

우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호 및 제3호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제22조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제18조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립

니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제19조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의

보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 청약

한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 "산출방법서"에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 암주요치료보험금 (기타피부암,갑상선암) (제 9 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “암주요치료”를 받은 경우 (다만, “상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. “보험금 지급기간”이라 함은 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 또한, 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없으며 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

4. 이 특약에서 “연간”이라 함은 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항, 제15조 제5항 및 제24조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
상급종합병원 암주요치료 보험금 (기타피부암, 갑상선암) (제9조) 및 계약자적립액(제15조 제5항)	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%)
해약환급금 (제24조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 상급종합병원암주요치료특약H
(기타피부암,갑상선암 제외)
(연간1회한,최대10회)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 상급종합병원암주요치료특약H(기타피부암,갑상선암 제외)(연간1회한,최대10회)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 상급종합병원암주요치료특약H
(기타피부암,갑상선암 제외)
(연간1회한,최대10회)(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제19조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 "암"의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는

질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바

늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 '특정 행위'에서 제외합니다.

② 제1항의 "암수술"에서 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된 경우에는 "암수술"로 봅니다.

제5조 ("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("암주요치료"의 정의)

① "암주요치료"에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② "암주요치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식을 억제하기 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암주요치료”로 봅니다.

제7조 ("상급종합병원"의 정의)
이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제8조 (“상급종합병원 지정기준 관련 법령 개정”에 따른 계약내용의 변경)
① 제7조(“상급종합병원”의 정의)에 의한 “상급종합병원”의 지정기준이 의료법 및 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 계약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류

에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 제7조(“상급종합병원”의 정의)의 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

> **[예시]**
> 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 계약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제9조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

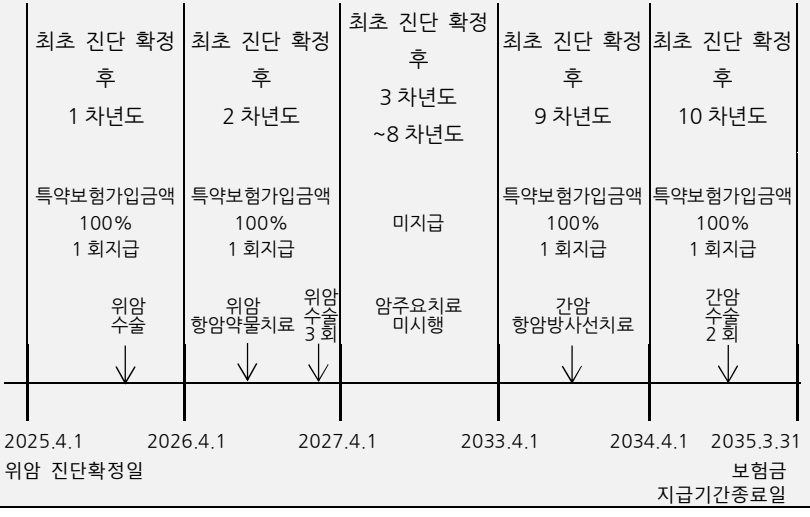
제9조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제20조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “암주요치료”를 받은 경우 “상급종합병원 암주요치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만,“상급종합병원 암주요치료보험금”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))

[상급종합병원 암주요치료보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
위의 악성신생물(C16) 최초 진단 확정일 : 2025년 4월 1일
간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 확정 후 1차년도	최초 진단 확정 후 2차년도	최초 진단 확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 확정 후 9차년도	최초 진단 확정 후 10차년도
위암(C16) 수술 1,000만원	위암(C16) 항암약물치료 1,000만원	암주요치료 미시행	간암(C22) 항암방사선치료 1,000만원	간암(C16) 수술 2회 1,000만원
	위암(C16) 수술 3회 미지급			



제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제9조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 최초 암 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “암 진단해당일”(최초 암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “암 진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “암 진단해당일”로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 "암”으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제9조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “상급종합병원 암주요치료보험금”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 "암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("암주요치료"의 정의) 제1항에서 정한 암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료를 “상급종합병원”에서 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “상급종합병원 암주요치료보험금”을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결

정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해

지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험

금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호 및 제3호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건

강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제22조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.

2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정 된 경우

제18조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제19조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료

납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 "산출방법서"에 따라 계산합니다.

> **[해약환급금 관련 유의사항]**
> 1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
> 2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를

납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 암주요치료보험금 (제 9 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “암주요치료”를 받은 경우 (다만,“상급종합병원 암주요치료보험금”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. “보험금 지급기간”이라 함은 최초 “암” 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 또한, 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “암”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없으며 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
4. 이 특약의 암보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.
5. 이 특약에서 “연간”이라 함은 최초 암 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “암 진단해당일”(최초 암 진단확정일과 동일한 월, 일을

말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “암 진단해당일”이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 “암 진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항, 제15조 제5항 및 제24조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
상급종합병원 암주요치료 보험금 (제9조) 및 계약자적립액(제15조 제5항)	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%)
해약환급금 (제24조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 상급종합병원암주요치료특약L
(기타피부암,갑상선암)
(연간1회한,최대10회)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 상급종합병원암주요치료특약L(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 상급종합병원암주요치료특약L
(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제19조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조 ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 "기타피부암" 및 제2항에서 정의한 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합

니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

④ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시

점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑥ 제1항 및 제2항의 경우 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

⑦ 제1항 및 제2항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 ‘특정 행위’에서 제외합니다.

② 제1항의 “암수술”에서 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된 경우에는 “암수술”로 봅니다.

제5조 (“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는

약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("암주요치료"의 정의)

① “암주요치료”에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식을 억제하기 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암주요치료”로 봅니다.

제7조 ("상급종합병원"의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제8조 (“상급종합병원 지정기준 관련 법령 개정”에 따른 계약내

용의 변경)

① 제7조(“상급종합병원”의 정의)에 의한 “상급종합병원”의 지정기준이 의료법 및「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 계약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 제7조(“상급종합병원”의 정의)의 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

   [예시]
   상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 계약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제9조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제9조 (보험금의 지급사유)

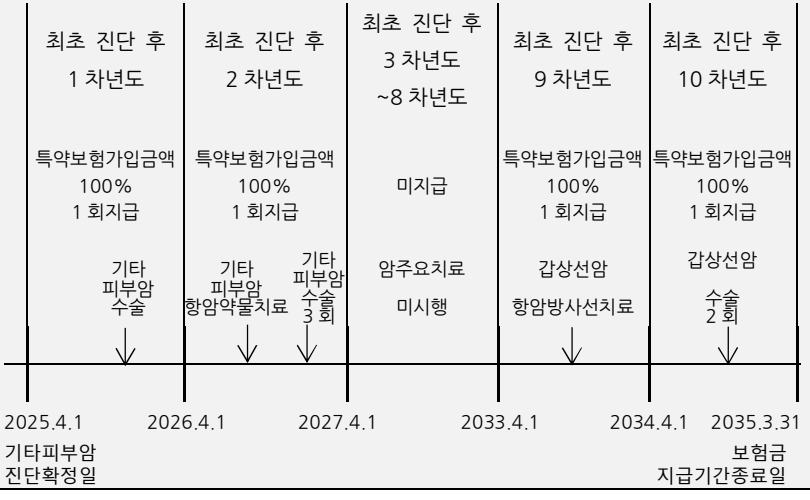
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부

암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “암주요치료”를 받은 경우 “상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만,“상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))

[상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암) 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
기타피부암 최초진단 확정일 : 2025년 4월 1일
갑상선암 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 후 1차년도	최초 진단 후 2차년도	최초 진단 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 후 9차년도	최초 진단 후 10차년도
기타피부암 수술 1,000만원	기타피부암 항암약물치료 1,000만원	암주요치료 미시행	갑상선암 항암방사선치료 1,000만원	갑상선암 수술 2회 1,000만원
	기타피부암 수술 3회 미지급			



제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제9조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제9조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("암주요치료"의 정의) 제1항에서 정한 암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료를 “상급종합병원”에서 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되

지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나

의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에

보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경

우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된

경우

⑧ 제22조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제18조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지

급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제19조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의

해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 "산출방법서"에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간

이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 암주요치료보험금 (기타피부암,갑상선암) (제 9 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “암주요치료”를 받은 경우 (다만, “상급종합병원 암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. “보험금 지급기간”이라 함은 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
3. 이 특약에서 “연간”이라 함은 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항 및 제24조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
상급종합병원 암주요치료 보험금 (기타피부암, 갑상선암) (제9조)	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%)
해약환급금 (제24조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 상급종합병원암주요치료특약L
(기타피부암,갑상선암 제외)
(연간1회한,최대10회)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 상급종합병원암주요치료특약L(기타피부암,갑상선암 제외)(연간1회한,최대10회)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 상급종합병원암주요치료특약L
(기타피부암,갑상선암 제외)
(연간1회한,최대10회)(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제19조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 "암"의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는

질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바

늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 '특정 행위'에서 제외합니다.

② 제1항의 "암수술"에서 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된 경우에는 "암수술"로 봅니다.

제5조 ("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("암주요치료"의 정의)

① "암주요치료"에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② "암주요치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식을 억제하기 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암주요치료”로 봅니다.

제7조 ("상급종합병원"의 정의)
이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제8조 (“상급종합병원 지정기준 관련 법령 개정”에 따른 계약내용의 변경)
① 제7조(“상급종합병원”의 정의)에 의한 “상급종합병원”의 지정기준이 의료법 및 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 계약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류

에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 제7조(“상급종합병원”의 정의)의 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

> **[예시]**
> 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 계약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제9조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

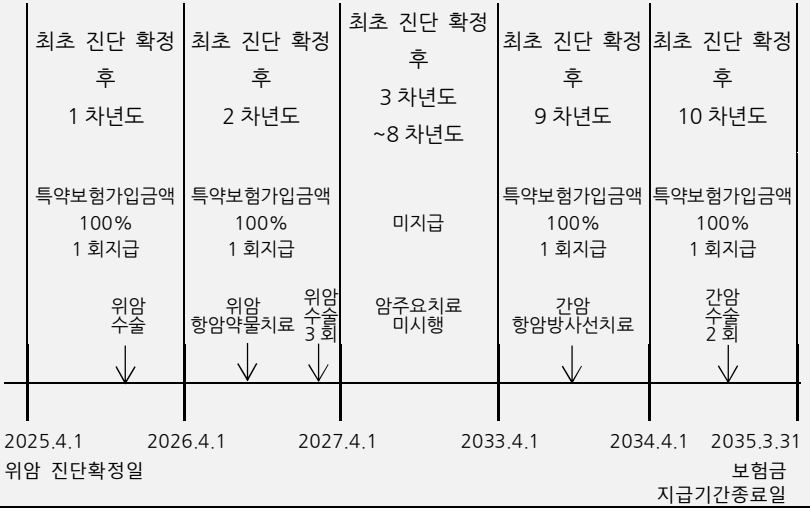
제9조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제20조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “암주요치료”를 받은 경우 “상급종합병원 암주요치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만,“상급종합병원 암주요치료보험금”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))

[상급종합병원 암주요치료보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
위의 악성신생물(C16) 최초 진단 확정일 : 2025년 4월 1일
간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 확정 후 1차년도	최초 진단 확정 후 2차년도	최초 진단 확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 확정 후 9차년도	최초 진단 확정 후 10차년도
위암(C16) 수술 1,000만원	위암(C16) 항암약물치료 1,000만원	암주요치료 미시행	간암(C22) 항암방사선치료 1,000만원	간암(C16) 수술 2회 1,000만원
	위암(C16) 수술 3회 미지급			



제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제9조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 최초 암 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “암 진단해당일”(최초 암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “암 진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “암 진단해당일”로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 "암”으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제9조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “상급종합병원 암주요치료보험금”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 "암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("암주요치료"의 정의) 제1항에서 정한 암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료를 “상급종합병원”에서 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “상급종합병원 암주요치료보험금”을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결

정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해

지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험

금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제22조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정 된 경우

제18조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때

에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제19조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 "산출방법서"에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약

환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 암주요치료보험금 (제 9 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에서 “암주요치료”를 받은 경우 (다만,“상급종합병원 암주요치료보험금”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. “보험금 지급기간”이라 함은 최초 “암” 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
3. 이 특약의 암보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.
4. 이 특약에서 “연간”이라 함은 최초 암 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “암 진단해당일”(최초 암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “암 진단해당일”이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 “암 진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항 및 제24조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
상급종합병원 암주요치료 보험금 (제9조)	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%)
해약환급금 (제24조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 상급종합병원입원특약
(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 상급종합병원입원특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 상급종합병원입원특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   - 가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   - 가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   - 나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   - 가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   - 나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“입원”의 정의와 장소)

이 특약에서 "입원"이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제5조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원 개시 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류

에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 제4조("상급종합병원"의 정의)의 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

> **[예시]**
>
> 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제 1 호 및 제 2 호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항에서 제6항에도 불구하고 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날(이하 '효력소멸일'이라 합니다)의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

⑧ 갱신계약의 경우에도 제1항에서 제7항의 규정을 준용합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유) 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 1일 이상 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 상급종합병원 입원급여금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

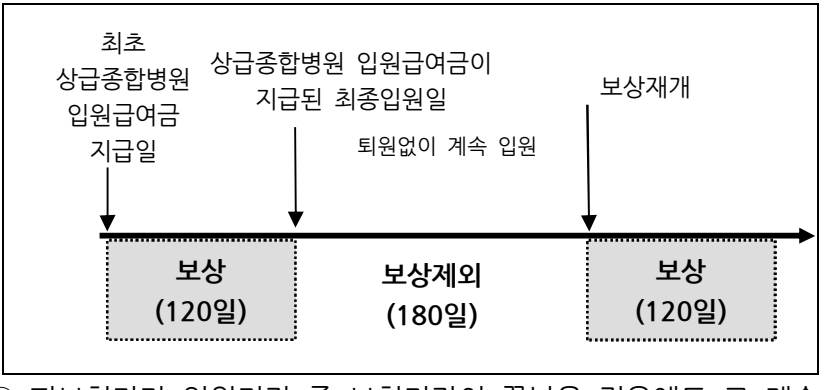
② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제4조(“상급종합병원”의 정의)에서 정한 상급종합병원을 이전하여 상급종합병원에 “입원”한 경우에도 동일한 “질병 또는 재해”로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 “입원”한 때에는 계속하여 “입원”한 것으로 봅니다.

④ 제6조(보험금의 지급사유)에서 정하는 상급종합병원 입원급여금의 지급일수는 1회 “입원”당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 “입원”이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 “입원”일을 기준으로 1회 “입원”당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

⑤ 제6조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 입원급여금은 피보험자가 동일한 “질병 또는 재해의 직접적인 치료”를 목적으로 “입원”을 2회 이상 한 경우에는 1회 “입원”으로 보아 각 입원일수를 더하여 제4항의 규정을 적용합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 피보험자가 동일한 “질병 또는 재해의 직접적인 치료”에 의한 “입원”이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후의 “입원”은 새로운 “입원”으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 “입원”중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑦ 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여도 제4항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.

⑧ 제3항, 제6항 및 제7항의 경우 계속입원이란 중도퇴원 없이

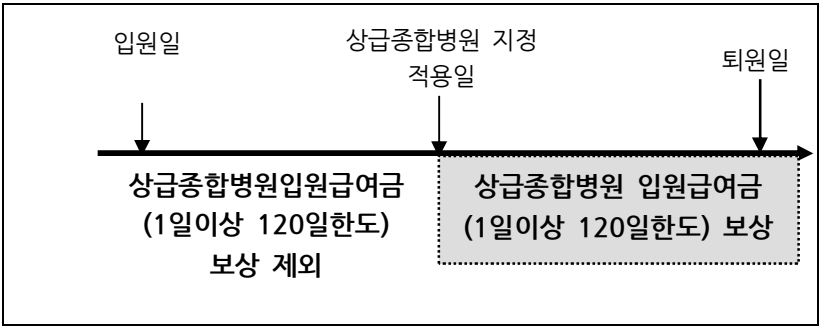
계속하여 “입원”하는 것을 뜻합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제4조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제4항, 제5항 및 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.

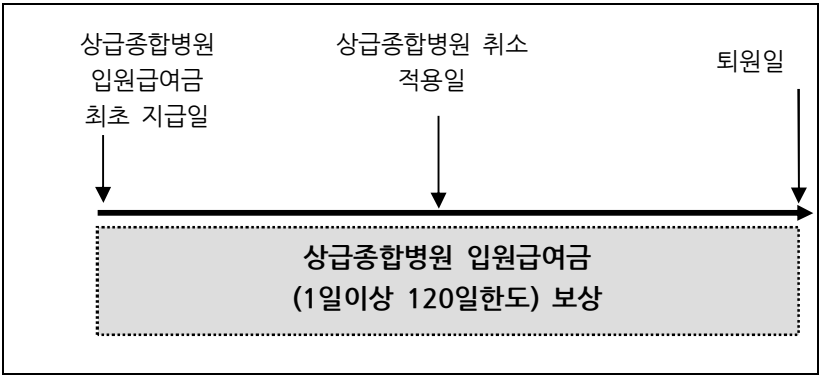
⑪ 피보험자가 제4조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제4항, 제5항 및 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.

⑫ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원지정 적용일부터 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.



⑬ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병

원이 제4조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우라 하더라도 최초 퇴원일까지 계속 중인 입원기간에 대하여는 제4항, 제5항 및 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.



⑭ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑮ 제14항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑰ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상

두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑱ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑲ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑳ 제19항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉑ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

㉒ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉓ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉔ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금,

계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[입·퇴원확인서, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 “병원”에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금)

제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금

이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에 지급합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙

전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조

(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합

니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지되고, 해약환급금이 발생한 경우 계약자에게 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 절차에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제24조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급내용
상급종합병원 입원급여금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “질병 또는 재해의 직접적인 치료”를 목적으로 상급종합병원에 1일 이상 “입원”하였을 경우 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)	입원일수 1일당 3만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호,

2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 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 치과보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우

⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)받은 질병 및 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
상급종합병원 입원 급여금(제6조), 계약자적립액 (제14조 제5항)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	·1년이내 : 평균공시이율의 50% ·1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 세번받는암진단특약H(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 **무배당 세번받는암진단특약H(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 세번받는암진단특약H(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 첫번째암 : 이 특약의 보험기간 중 "첫번째암 보장개시일"[제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 첫번째암에 대한 보장개시일로 이하 "첫번째암 보장개시일"이라 합니다] 이후 최초로 진단 확정 되는 "암"[제3조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "첫번째암"의 정의 및 진단 확정) 참조, 이하 "첫번째암"이라 합니다]을 말합니다.

라. 첫번째 재진단암 : 이 특약의 보험기간 중 “첫번째암 보장개시일” 이후 “첫번째암”으로 진단 확정되고, “첫번째 재진단암 보장개시일”[제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항 제1호 참조, 이하 “첫번째 재진단암 보장개시일”이라 합니다] 이후 진단 확정되는 첫번째 “재진단암”[제4조(“재진단암”의 정의 및 진단 확정) 참조, 이하 “첫번째 재진단암”이라 합니다]을 말합니다.

마. 두번째 재진단암 : 이 특약의 보험기간 중 “첫번째 재진단암 보장개시일” 이후 “첫번째 재진단암”으로 진단 확정되고, “두번째 재진단암 보장개시일”[제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항 제2호 참조, 이하 “두번째 재진단암 보장개시일”이라 합니다] 이후 진단 확정되는 두번째 “재진단암”[제4조(“재진단암”의 정의 및 진단 확정)참조, 이하 “두번째 재진단암”이라 합니다]을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금 :

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금×해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로

50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제15조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “첫번째암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 “첫번째암”이라 함은 이 특약의 “첫번째암 보장개시일” 이후에 최초로 진단 확정되는 “암”을 말합니다.

⑤ “암”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”

으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("재진단암"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 "재진단암"이라 함은 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 "재진단암"에 대한 보장개시일(이하 "재진단암 보장개시일"이라 합니다) 이후에 다음 각 호의 제3조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "첫번째암"의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정 받은 경우를 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 제1항 제1호에서 “새로운 원발암”이란 원발부위에 발생한 암으로 “첫번째암” 또는 “재진단암”과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 “암”을 말합니다.

③ 제1항 제2호에서 “전이암”이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 “암”을 말합니다.

④ 제1항 제3호에서 “재발암”이란 “첫번째암” 또는 “재진단암”과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 “첫번째암” 또는 “재진단암”의 암세포를 제거한 후 그 “첫번째암” 또는 “재진단암”으로 인하여 새롭게 “암”이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 “암”을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호에서 “잔여암”이란 이 특약의 “첫번째암 보장개시일” 이후 발생한 “암” 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “첫번째암”의 정의 및 진단 확정)의 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “재진단암”으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적

인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 하며, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑦ 제6항의 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑧ 제6항의 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

⑨ 제6항의 "수술"이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(燥作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인

정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]은 특정 행위에서 제외됩니다.

⑩ 제9항의 “수술”에서 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제9항의 수술에 포함된 경우에는 “수술”로 봅니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

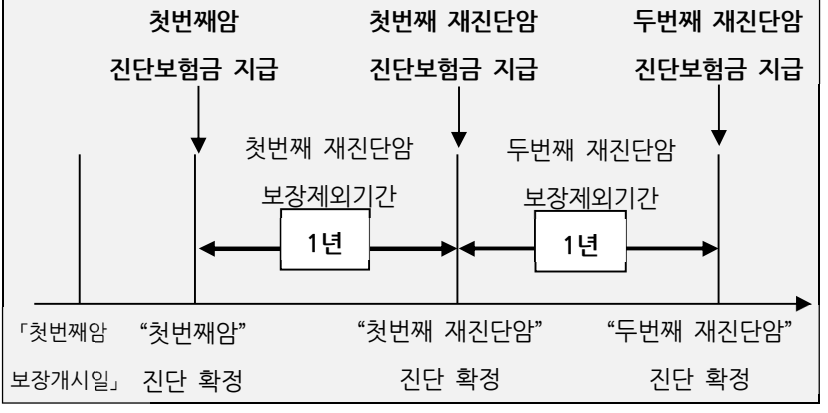
회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. 다음 각 호의 진단보험금을 합하여 “세번받는암 진단보험금”이라 합니다. 다만, 각 최초 1회의 진단 확정에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50% 감액 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 “첫번째암 보장개시일” 이후 “첫번째암”으로 진단확정된 경우
   : 첫번째암 진단보험금
2. 피보험자가 보험기간 중 “첫번째 재진단암 보장개시일” 이후 “첫번째 재진단암”으로 진단확정된 경우
   : 첫번째 재진단암 진단보험금
3. 피보험자가 보험기간 중 “두번째 재진단암 보장개시일” 이후 “두번째 재진단암”으로 진단확정된 경우

: 두번째 재진단암 진단보험금

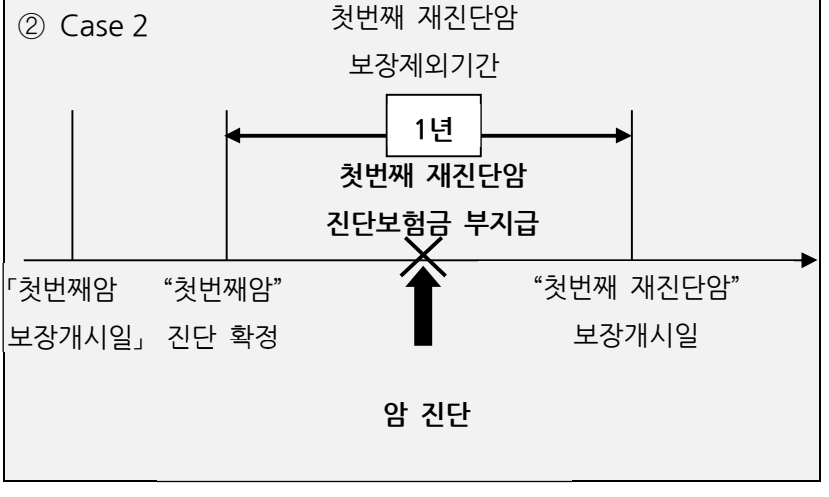
[보험금 지급 예시]

① Case 1



[보험금 지급 예시]

② Case 2



제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 3)"장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 이 특약의 "첫번째암 보장개시일" 이후에 "암"으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 피보험자가 "첫번째암 보장개시일" 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "첫번째암 보장개시일" 이후에 사망하고, 그 후에 "첫번째암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 "첫번째 재진단암 보장개시일" 이후에 사망하고, 그 후에 "첫번째 재진단암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 "두번째 재진단암 보장개시일" 이후에 사망하고, 그 후에 "두번째 재진단암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금을 지급합니다. 다만, "첫번째암 보장개시일" 전일 이전에 "첫번째암"으로 진단확정되거나 "첫번째 재진단암 보장개시

일” 전일 이전에 “첫번째 재진단암”으로 진단확정되거나 “두번째 재진단암 보장개시일” 전일 이전에 “두번째 재진단암”으로 진단확정된 경우에는 제외합니다.

⑤ 제4항에 의한 진단 확정으로 제11조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제11조(특약의 체결 및 소멸) 제4항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 ‘사망’의 원인 및 ‘재진단암진단보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “첫번째암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년 이내에 “암”으로 진단 확정 받은 경

우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑨ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “첫번째 재진단암 진단보험금” 지급사유가 발생하고, “첫번째 재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년 이내에 “암”으로 진단 확정 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑩ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 제1항의 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 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급

률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑱ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑲ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑳ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항에 따른 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제8조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기

관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」, 「계약자가 계약자적립액 수령」 또는 「계약자가 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

- “첫번째암” 또는 “첫번째 재진단암”의 진단 확정일부터 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우

4. 제5조(보험금의 지급사유) 제3호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제18조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 “첫번째암 보장개시일”의 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제14조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료

를 납입해야 합니다.

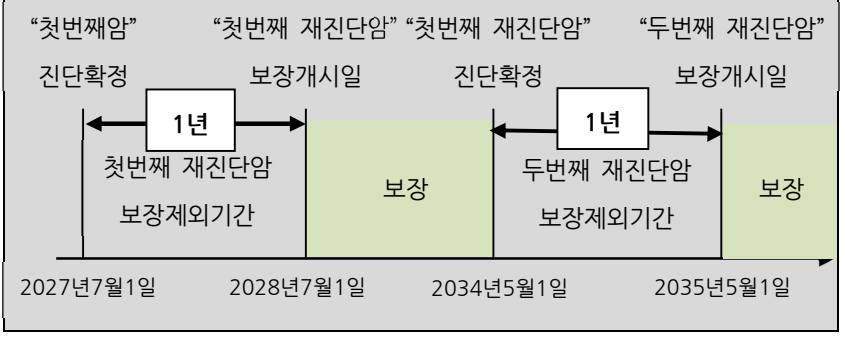
④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 “첫번째암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 “재진단암”에 대한 보장개시일은 다음과 같으며, “첫번째 재진단암 보장개시일”과 “두번째 재진단암 보장개시일”을 합하여 “재진단암 보장개시일”이라 합니다.

1. “첫번째 재진단암 보장개시일” : “첫번째암”의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날
2. “두번째 재진단암 보장개시일” : “첫번째 재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날

[“재진단암 보장개시일” 예시]



제17조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험

료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의

부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “첫번째암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, “재진단암”에 대한 보장개시일은 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제20조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 낮은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다

낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2.「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5)"보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
세번받는암 진단보험금 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 아래에 해당되었을 때 - “첫번째암 보장개시일” 이후에 “첫번째암”으로 진단 확정 되었을 경우 - “첫번째 재진단암 보장개시일” 이후에 “첫번째 재진단암”으로 진단 확정 되었을 경우 - “두번째 재진단암 보장개시일” 이후에 “두번째 재진단암”으로 진단 확정 되었을 경우 (다만, 각 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50% 감액 지급)

(주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 “첫번째암 보장개시일” 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

4. 이 특약의 “첫번째암 보장개시일”은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

5. 이 특약의 “재진단암 보장개시일”은 다음과 같으며, “첫번째 재진단암 보장개시일”과 “두번째 재진단암 보장개시일”을 합하여 “재진단암 보장개시일”이라 합니다.
   - “첫번째 재진단암 보장개시일” : “첫번째암”의 진단 확정일부터 그 날을포함하여 1년이 되는 날의 다음 날
   - “두번째 재진단암 보장개시일” : 직전 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고

있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 '악성 신생물(암)'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 코 드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분 류 항 목	분 류 코 드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제11조 제5항 및 제20조 제4항 관련)

1. 첫번째암 진단보험금, 첫번째 재진단암 진단보험금, 두번째 재진단암 진단보험금(제5조) 및 계약자적립액(제11조 제5항)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제20조 제1항 및 제2항)

기 간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과 기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표

시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 세번받는암진단특약L(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 **무배당 세번받는암진단특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 세번받는암진단특약L(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 첫번째암 : 이 특약의 보험기간 중 "첫번째암 보장개시일"[제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 첫번째암에 대한 보장개시일로 이하 "첫번째암 보장개시일"이라 합니다] 이후 최초로 진단 확정 되는 "암"[제3조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "첫번째암"의 정의 및 진단 확정) 참조, 이하 "첫번째암"이라 합니다]을 말합니다.

라. 첫번째 재진단암 : 이 특약의 보험기간 중 “첫번째암 보장개시일” 이후 “첫번째암”으로 진단 확정되고, “첫번째 재진단암 보장개시일”[제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항 제1호 참조, 이하 “첫번째 재진단암 보장개시일”이라 합니다] 이후 진단 확정되는 첫번째 “재진단암”[제4조(“재진단암”의 정의 및 진단 확정) 참조, 이하 “첫번째 재진단암”이라 합니다]을 말합니다.

마. 두번째 재진단암 : 이 특약의 보험기간 중 “첫번째 재진단암 보장개시일” 이후 “첫번째 재진단암”으로 진단 확정되고, “두번째 재진단암 보장개시일”[제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항 제2호 참조, 이하 “두번째 재진단암 보장개시일”이라 합니다] 이후 진단 확정되는 두번째 “재진단암”[제4조(“재진단암”의 정의 및 진단 확정)참조, 이하 “두번째 재진단암”이라 합니다]을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금 :

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금×해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로

50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제15조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “첫번째암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 “첫번째암”이라 함은 이 특약의 “첫번째암 보장개시일” 이후에 최초로 진단 확정되는 “암”을 말합니다.

⑤ “암”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”

으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("재진단암"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 "재진단암"이라 함은 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 "재진단암"에 대한 보장개시일(이하 "재진단암 보장개시일"이라 합니다) 이후에 다음 각 호의 제3조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "첫번째암"의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정 받은 경우를 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 제1항 제1호에서 “새로운 원발암”이란 원발부위에 발생한 암으로 “첫번째암” 또는 “재진단암”과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 “암”을 말합니다.

③ 제1항 제2호에서 “전이암”이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 “암”을 말합니다.

④ 제1항 제3호에서 “재발암”이란 “첫번째암” 또는 “재진단암”과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 “첫번째암” 또는 “재진단암”의 암세포를 제거한 후 그 “첫번째암” 또는 “재진단암”으로 인하여 새롭게 “암”이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 “암”을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호에서 “잔여암”이란 이 특약의 “첫번째암 보장개시일” 이후 발생한 “암” 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “첫번째암”의 정의 및 진단 확정)의 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “재진단암”으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적

인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 하며, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑦ 제6항의 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑧ 제6항의 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

⑨ 제6항의 "수술"이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(燥作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인

정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]은 특정 행위에서 제외됩니다.

⑩ 제9항의 “수술”에서 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제9항의 수술에 포함된 경우에는 “수술”로 봅니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

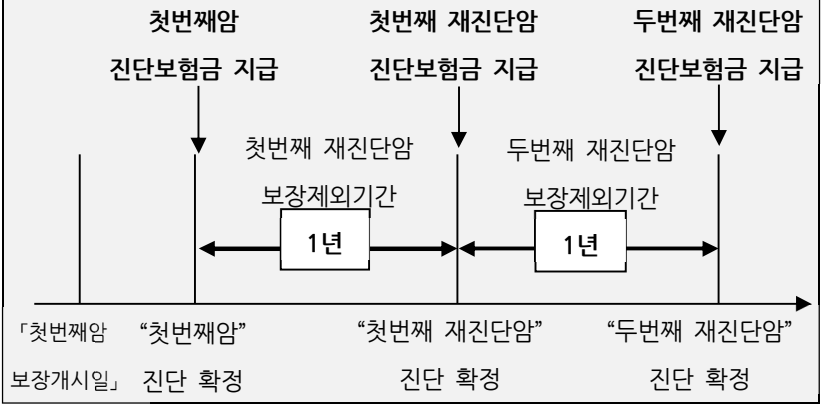
회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. 다음 각 호의 진단보험금을 합하여 “세번받는암 진단보험금”이라 합니다. 다만, 각 최초 1회의 진단 확정에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50% 감액 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 “첫번째암 보장개시일” 이후 “첫번째암”으로 진단확정된 경우
   : 첫번째암 진단보험금
2. 피보험자가 보험기간 중 “첫번째 재진단암 보장개시일” 이후 “첫번째 재진단암”으로 진단확정된 경우
   : 첫번째 재진단암 진단보험금
3. 피보험자가 보험기간 중 “두번째 재진단암 보장개시일” 이후 “두번째 재진단암”으로 진단확정된 경우

: 두번째 재진단암 진단보험금

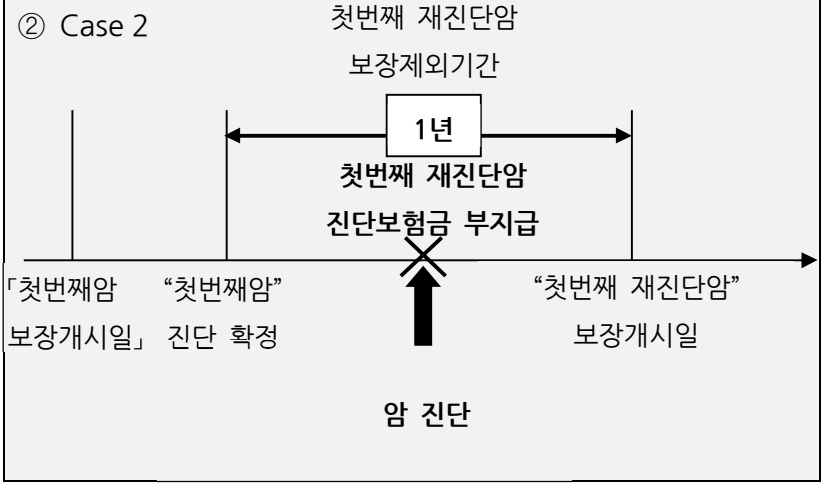
[보험금 지급 예시]

① Case 1



[보험금 지급 예시]

② Case 2



제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 3)"장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 이 특약의 "첫번째암 보장개시일" 이후에 "암"으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 피보험자가 "첫번째암 보장개시일" 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "첫번째암 보장개시일" 이후에 사망하고, 그 후에 "첫번째암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 "첫번째 재진단암 보장개시일" 이후에 사망하고, 그 후에 "첫번째 재진단암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 "두번째 재진단암 보장개시일" 이후에 사망하고, 그 후에 "두번째 재진단암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금을 지급합니다. 다만, "첫번째암 보장개시일" 전일 이전에 "첫번째암"으로 진단확정되거나 "첫번째 재진단암 보장개시

일” 전일 이전에 “첫번째 재진단암”으로 진단확정되거나 “두번째 재진단암 보장개시일” 전일 이전에 “두번째 재진단암”으로 진단확정된 경우에는 제외합니다.

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 ‘사망’의 원인 및 ‘재진단암진단보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “첫번째암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년 이내에 “암”으로 진단 확정 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “첫번째 재진단암 진단보험금” 지급사유가 발생하고, “첫번째 재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년 이내에 “암”으로 진단 확정 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑨ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우

에는 그에 따릅니다.

⑩ 제9항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 제1항의 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.

⑭ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생

장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑰ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑱ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항에 따른 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제8조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때

에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

- “첫번째암” 또는 “첫번째 재진단암”의 진단 확정일부터 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우

4. 제5조(보험금의 지급사유) 제3호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이

지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제18조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로

봅니다.

2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 “첫번째암 보장개시일”의 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제14조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

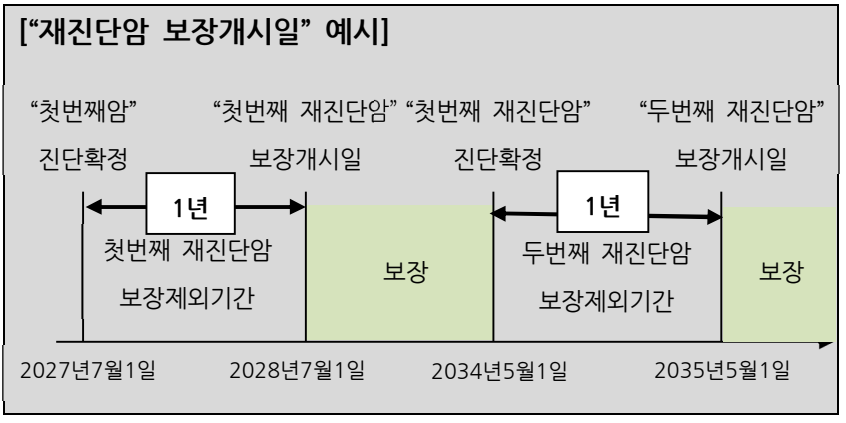
③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 “첫번째암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 “재진단암”에 대한 보장개시일은 다음과 같으며, “첫번째 재진단암 보장개시일”과 “두번째 재진단암 보장개시일”을 합하여 “재진단암 보장개시일”이라 합니다.

1. “첫번째 재진단암 보장개시일” : “첫번째암”의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날
2. “두번째 재진단암 보장개시일” : “첫번째 재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날



제17조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “첫번째암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, “재진단암”에 대한 보장개시일은 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제20조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 "산출방법서"에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 낮은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5)"보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
세번받는암 진단보험금 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 아래에 해당되었을 때 - “첫번째암 보장개시일” 이후에 “첫번째암”으로 진단 확정 되었을 경우 - “첫번째 재진단암 보장개시일” 이후에 “첫번째 재진단암”으로 진단 확정 되었을 경우 - “두번째 재진단암 보장개시일” 이후에 “두번째 재진단암”으로 진단 확정 되었을 경우 (다만, 각 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50% 감액 지급)

(주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 “첫번째암 보장개시일” 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

3. 이 특약의 “첫번째암 보장개시일”은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 “재진단암 보장개시일”은 다음과 같으며, “첫번째 재진단암 보장개시일”과 “두번째 재진단암 보장개시일”을 합하여 “재진단암 보장개시일”이라 합니다.

- “첫번째 재진단암 보장개시일” : “첫번째암”의 진단 확정일부터 그 날을포함하여 1년이 되는 날의 다음 날
- “두번째 재진단암 보장개시일” : 직전 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고

있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 '악성 신생물(암)'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 코 드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분 류 항 목	분 류 코 드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제20조 제4항 관련)

1. 첫번째암 진단보험금, 첫번째 재진단암 진단보험금 및 두번째 재진단암 진단보험금(제5조)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제20조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th colspan="2">기 간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표

시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 소액암(전립선암,초기유방암, 대장점막내암제외)진단특약H(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 소액암(전립선암,초기유방암,대장점막내암제외)진단특약H(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 소액암(전립선암,초기유방암,대장점막내암 제외)진단특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금×해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병(이하 “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어

C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

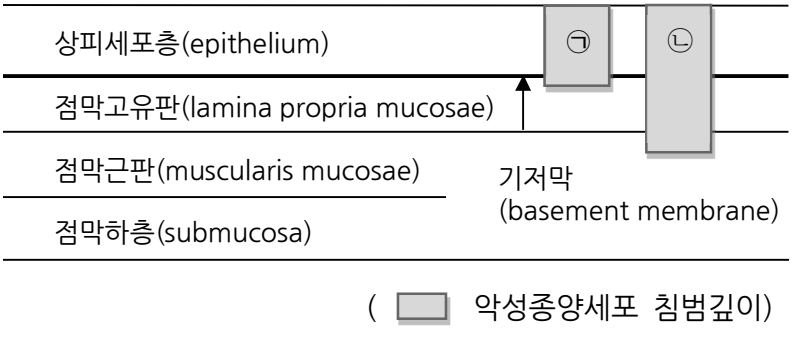
[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “대장점막내암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이

되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병을 말하며, 암, 제6조("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암 및 대장점막내암과는 구분됩니다.

② “경계성종양”의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 6) "제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 대장점막내암은 제외합니다.

② "제자리암"의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "제자리암"의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 ("양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 한국표준질병·사인분류 중 (별표 7) “양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. (다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장대상에서 제외)

② “양성뇌종양”의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견 등을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “양성뇌종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “양성뇌종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제8조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)

: 기타피부암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1 년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 갑상선암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1 년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 경계성종양 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1 년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 제자리암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1 년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 양성뇌종양 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1 년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을

면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 양성뇌종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제8조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 진단보험금을 지급합니다.

④ 제 3 항에 의한 진단 확정으로 제 14 조(특약의 체결 및 소멸) 제 2 항 제 3 호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제 14 조(특약의 체결 및 소멸) 제 5 항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제 8 조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제

3항의 '사망'의 원인 및 '진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 피보험자가 보험계약일부터 1 년 미만에 제 8 조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제5호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보

험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 계약자는 피보험자가 계약일[부활(효력회복)일]부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받았을 경우에는 그 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

⑳ 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”이 발생하였으나 제19항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 “암”으로 제2항에서 정한 보험료 납입면제의 사유가 발생한 경우라도 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 계약일(부활(효력회복)일)부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받더라도 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 “암보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 제2항에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

㉑ 제20항의 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉒ 제21항에도 불구하고 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제21항의 “암보장개시일”로 하여 적용합니다.

제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서,

본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제12조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 8) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제 2 항 제 2 호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 8) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금 보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계

약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]
1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제 20 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제 1 항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 8) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
기타피부암 진단보험금 (제8조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
갑상선암 진단보험금 (제8조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 갑상선암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
경계성종양 진단보험금 (제8조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
제자리암 진단보험금 (제8조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
양성뇌종양 진단보험금 (제8조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우

에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. 보험료 납입면제를 위한 암보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299 호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는
피보험자에게재해가 발생된 당시 시행되고 있는
한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 코 드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46

분 류 항 목	분 류 코 드
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

경계성종양 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

제자리신생물 분류표
(대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 제자리암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)

① 약관에서 규정하는 양성뇌종양(경계성종양 제외)은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
5. 송과선의 양성 신생물	D35.4

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 8)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항, 제14조 제5항 및 제23조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
진단보험금 (제8조 제1호에서 제5호) 및 계약자적립액(제14조 제5항)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의50% - 1년초과기간 :평균공시이율의40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 소액암(전립선암,초기유방암, 대장점막내암제외)진단특약L(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 소액암(전립선암,초기유방암,대장점막내암제외)진단특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 소액암(전립선암,초기유방암,대장점막내암 제외)진단특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금×해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병(이하 “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어

C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

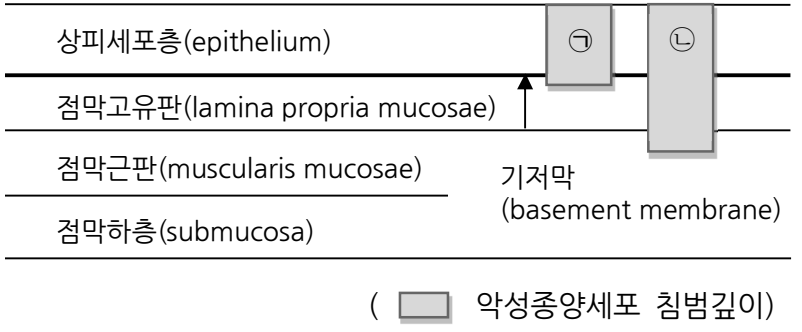
[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “대장점막내암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병을 말하며, 암, 제6조("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암 및 대장점막내암과는 구분됩니다.

② “경계성종양”의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 6) "제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 대장점막내암은 제외합니다.

② “제자리암”의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적

검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 ("양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 한국표준질병·사인분류 중 (별표 7) “양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. (다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장대상에서 제외)

② “양성뇌종양”의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견 등을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “양성뇌종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “양성뇌종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제8조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 기타피부암 진단보험금 지급
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 갑상선암 진단보험금 지급
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 경계성종양 진단보험금 지급
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 제자리암 진단보험금 지급
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 양성뇌종양 진단보험금 지급
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 양성뇌종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제8조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 진단보험금을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 ‘사망’의 원인 및 ‘진단보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑤ 제4항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.

2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑥ 피보험자가 보험계약일부터 1 년 미만에 제 8 조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

⑦ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급

률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제5호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자는 피보험자가 계약일[부활(효력회복)일]부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받았을 경우에는 그 발생일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

⑲ 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”이 발생하였으나 제19항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 “암”으로 제2항에서 정한 보험료 납입면제의 사유가 발생한 경우라도 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 계약일(부활(효력회복)일)부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받더라도 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 “암보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 제2항에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

⑳ 제19항의 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉑ 제20항에도 불구하고 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제20항의 “암보장개시일”로 하여 적용합니다.

제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생

하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제12조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 8) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이

차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금 보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해

지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력

회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의

전일까지를 말합니다. 다만, 제 20 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제 1 항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 8) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
기타피부암 진단보험금 (제8조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
갑상선암 진단보험금 (제8조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 갑상선암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
경계성종양 진단보험금 (제8조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
제자리암 진단보험금 (제8조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
양성뇌종양 진단보험금 (제8조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우

에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. 이 특약의 “암보장개시일”은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299 호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는
피보험자에게재해가 발생된 당시 시행되고 있는
한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 코 드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46

분 류 항 목	분 류 코 드
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

경계성종양 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

제자리신생물 분류표
(대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 제자리암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)

① 약관에서 규정하는 양성뇌종양(경계성종양 제외)은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
5. 송과선의 양성 신생물	D35.4

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 8)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항 및 제23조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
진단보험금 (제8조 제1호에서 제5호)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의50% - 1년초과기간 :평균공시이율의40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 소액암(전립선암제외)진단특약(간편N/갱신형)

약 관

이 특약의 약관은 무배당 소액암(전립선암제외)진단특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 소액암(전립선암제외)진단특약(간편N/갱신형)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표3) "장해분류표"에서 정한 장해를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제22조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우

갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("기타피부암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② 기타피부암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 기타피부암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의

악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

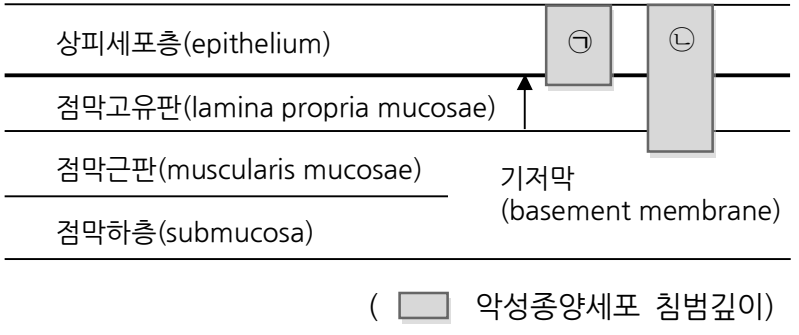
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층

(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다 (이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② 대장점막내암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “대장점막내암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의

악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성 신생물(암)(C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

② “특정갑상선암”이라 함은 “중대한 갑상선암”을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 “중대한 갑상선암”이라 함은 갑상선암 중에서 “갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)” 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병

을 말합니다.

④ “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중대

한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다.(이하 “초기유방암”이라 합니다)

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma),침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴 (two mass)
종괴1(mass 1) - 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0 cm
종괴2(mass 2) - 1.2 cm x 1.0 cm x 1.0 cm

=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당하므로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 2.0 cm x 2.0 cm x 1.0cm _ T1
림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis)
_ N0mi
=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0cm
유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)
: 3.0 cm x 2.0 cm x 2.0cm
=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② 초기유방암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 초기유방암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “초기유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이

급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표4) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병을 말하며, 암, 제8조("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암 및 대장점막내암과는 구분됩니다.

② 경계성종양의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제8조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·

사인분류 중 (별표5) "제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 대장점막내암은 제외합니다.

② 제자리암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제9조 ("양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “양성뇌종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표6) “양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)”에서 정한 질병으로 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양을 말합니다. 다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장하지 않습니다.

② “양성뇌종양”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle

aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “양성뇌종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “양성뇌종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제10조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 기타피부암 진단보험금 지급
   (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대장점막내암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 대장점막내암 진단보험금 지급
   (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정갑상선암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)

: 특정갑상선암 진단보험금 지급
(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 초기유방암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정 및 여성에 한함)
: 초기유방암 진단보험금 지급
(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 경계성종양 진단보험금 지급
(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 제자리암 진단보험금 지급
(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 양성뇌종양 진단보험금 지급
(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그

러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제22조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에 한함), 경계성종양, 제자리암 또는 양성뇌종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제10조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 진단보험금을 지급합니다.

④ 제3항에 의한 진단 확정으로 제18조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제18조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제10조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 '사망'의 원인 및 '진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제12조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

⑧ 갱신계약에서 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에 한함), 경계성종양, 제자리암 또는 양성뇌종양으로 피보험자에게 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 지급사유가 발생하더라도 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 진단보험금이 지급된 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에 한함), 경계성종양, 제자리암 또는 양성뇌종양과 동일한 질병(갱신 전 계약에서 이미 진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다)인 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에 한함), 경계성종양, 제자리암 또는 양성뇌종양이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제2항 및 제10조(보험금의 지급

사유)에 따라 보장합니다.

⑩ 제9항의 “보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑪ 제9항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑫ 제25조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제9항의 “보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일”로 하여 적용합니다.

⑬ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑭ 제13항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 제1항의 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑯ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그

중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑰ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑱ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑲ 제18항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑳ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

㉑ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉒ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제7호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉓ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입

면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제13조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제14조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진

료기록부(검사기록지 포함) 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제17조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제16조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제25조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보

험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월

일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에 따라 계산된 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 그때부터 효력은 가지지 않습니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제22조(특약의 보험기간 및 갱신) 제2항에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제25조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제19조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제20조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 "보험계약대출이율"을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제21조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제22조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제23조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제24조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제25조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한

경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함) 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제26조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제27조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
기타피부암 진단보험금 (제10조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 200만원 [1년미만] 100만원
대장점막내암 진단보험금 (제10조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 대장점막내암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 200만원 [1년미만] 100만원
특정갑상선암 진단보험금 (제10조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 특정갑상선암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 200만원 [1년미만] 100만원
초기유방암 진단보험금 (제10조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 초기유방암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정 및 여성에 한함)	[1년이상] 400만원 [1년미만] 200만원

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
경계성종양 진단보험금 (제10조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 200만원 [1년미만] 100만원
제자리암 진단보험금 (제10조 제6호)	피보험자가 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 200만원 [1년미만] 100만원
양성뇌종양 진단보험금 (제10조 제7호)	피보험자가 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 200만원 [1년미만] 100만원

(주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제22조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 위의 보험금 지급기준표의 내용 중 "1년 미만(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)"의 보험금 감액 지급과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
4. 갱신계약에서 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에

한함), 경계성종양, 제자리암, 양성뇌종양으로 피보험자에게 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 지급사유가 발생하더라도 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 진단보험금이 지급된 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에 한함), 경계성종양, 제자리암, 양성뇌종양과 동일한 질병(갱신 전 계약에서 이미 진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다)인 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

경계성종양 분류표

① 약관에서 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

제자리신생물 분류표
(대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)

① 약관에서 규정하는 양성뇌종양(경계성종양 제외)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
5. 송과선의 양성 신생물	D35.4

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제15조 제2항, 제18조 제5항 및 제27조 제2항 관련)

<table>
<tr><th>구 분</th><th>기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="4">진단보험금
(제10조 제1호에서 제7호)
및
계약자적립액
(제18조 제5항)</td><td>지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td>지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 91일이후 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">해약환급금
(제27조 제1항)</td><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년 초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 소액암(전립선암제외)진단특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 소액암(전립선암제외)진단특약H(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 소액암(전립선암제외)진단특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제20조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금×해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("기타피부암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle

aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

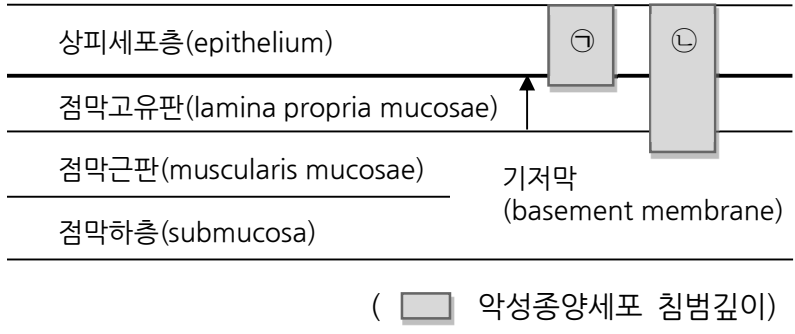
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사

에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “대장점막내암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적

검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성 신생물(암)(C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

② “특정갑상선암”이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 “갑상선암” 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의

악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다(이하 “초기유방암”이라 합니다).

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma),침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴 (two mass) 종괴1(mass 1) - 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0 cm
종괴2(mass 2) - 1.2 cm x 1.0 cm x 1.0 cm
=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당하므로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 2.0 cm x 2.0 cm x 1.0cm _ T1
림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis) _ N1mi
=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0cm
유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)
: 3.0 cm x 2.0 cm x 2.0cm
=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② “초기유방암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진

자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “초기유방암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “초기유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병을 말하며, 암, 제8조("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암 및 대장점막내암과는 구분됩니다.

② “경계성종양”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제8조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) "제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 대장점막내암은 제외합니다.

② “제자리암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제9조 ("양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 6) “양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. (다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장대상에서 제외)

② “양성뇌종양”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견 등을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “양성뇌종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “양성뇌종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제10조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 기타피부암 진단보험금 지급
   (다만, 보험계약일부터 1 년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대장점막내암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)

: 대장점막내암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정갑상선암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 특정갑상선암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 초기유방암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정 및 여성에 한함)
: 초기유방암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 경계성종양 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 제자리암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 양성뇌종양 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에 한함), 경계성종양, 제자리암 또는 양성뇌종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제10조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 진단보험금을 지급합니다.

③ 제 2 항에 의한 진단 확정으로 제 16 조(특약의 체결 및 소멸) 제 2 항 제 3 호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제 16 조(특약의 체결 및 소멸) 제 5 항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제 10 조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제

2항의 '사망'의 원인 및 '진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑤ 제4항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제12조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑥ 피보험자가 보험계약일부터 1 년 미만에 제 10 조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

⑦ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제7호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제13조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제14조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실

종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제 2 항 제 2 호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제23조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제19조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금 보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제20조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제21조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제22조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제23조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제25조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.

2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제 22 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제 1 항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까

지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
기타피부암 진단보험금 (제10조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
대장점막내암 진단보험금 (제10조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 대장점막내암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
특정갑상선암 진단보험금 (제10조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 특정갑상선암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
초기유방암 진단보험금 (제10조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 초기유방암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정 및 여성에 한함)	[1 년이상] 400 만원 [1 년미만] 200 만원
경계성종양 진단보험금 (제10조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
제자리암 진단보험금 (제10조 제6호)	피보험자가 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
양성뇌종양 진단보험금 (제10조 제7호)	피보험자가 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원

(주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299 호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는
피보험자에게재해가 발생된 당시 시행되고 있는
한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

경계성종양 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

제자리신생물 분류표
(대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 제자리암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)

① 약관에서 규정하는 양성뇌종양(경계성종양 제외)은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
5. 송과선의 양성 신생물	D35.4

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제15조 제2항, 제16조 제5항 및 제25조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
진단보험금 (제10조 제1호에서 제7호) 및 계약자적립액(제16조 제5항)	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%)
해약환급금 (제25조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의50% - 1년초과기간 :평균공시이율의40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 소액암(전립선암제외)진단특약L (간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 소액암(전립선암제외)진단특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 소액암(전립선암제외)진단특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제20조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금×해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("기타피부암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle

aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

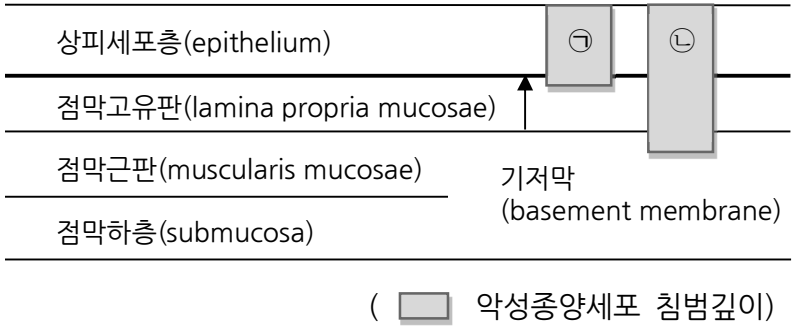
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사

에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “대장점막내암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적

검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성 신생물(암)(C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

② “특정갑상선암”이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 “갑상선암” 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의

악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다(이하 “초기유방암”이라 합니다).

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma),침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴 (two mass) 종괴1(mass 1) - 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0 cm
종괴2(mass 2) - 1.2 cm x 1.0 cm x 1.0 cm
=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당하므로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 2.0 cm x 2.0 cm x 1.0cm _ T1
림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis) _ N1mi
=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0cm
유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)
: 3.0 cm x 2.0 cm x 2.0cm
=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② “초기유방암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진

자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “초기유방암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “초기유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병을 말하며, 암, 제8조("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암 및 대장점막내암과는 구분됩니다.

② “경계성종양”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제8조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) "제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 대장점막내암은 제외합니다.

② “제자리암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제9조 ("양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 6) “양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. (다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장대상에서 제외)

② “양성뇌종양”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견 등을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “양성뇌종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “양성뇌종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제10조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 기타피부암 진단보험금 지급
   (다만, 보험계약일부터 1 년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대장점막내암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)

: 대장점막내암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정갑상선암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 특정갑상선암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 초기유방암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정 및 여성에 한함)
: 초기유방암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 경계성종양 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 제자리암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 양성뇌종양 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에 한함), 경계성종양, 제자리암 또는 양성뇌종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제10조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 진단보험금을 지급합니다.

③ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2항의 '사망'의 원인 및 '진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

④ 제3항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제12조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑤ 피보험자가 보험계약일부터 1 년 미만에 제 10 조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

⑥ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은

장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제7호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생

하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제13조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제14조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이

차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건

강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제23조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율

(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제19조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금 보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제20조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제21조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제22조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제23조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제25조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.

2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때

보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제 22 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제 1 항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
기타피부암 진단보험금 (제10조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
대장점막내암 진단보험금 (제10조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 대장점막내암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
특정갑상선암 진단보험금 (제10조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 특정갑상선암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
초기유방암 진단보험금 (제10조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 초기유방암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정 및 여성에 한함)	[1 년이상] 400 만원 [1 년미만] 200 만원
경계성종양 진단보험금 (제10조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
제자리암 진단보험금 (제10조 제6호)	피보험자가 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
양성뇌종양 진단보험금 (제10조 제7호)	피보험자가 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원

(주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299 호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는
피보험자에게재해가 발생된 당시 시행되고 있는
한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

경계성종양 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

제자리신생물 분류표
(대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 제자리암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)

① 약관에서 규정하는 양성뇌종양(경계성종양 제외)은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
5. 송과선의 양성 신생물	D35.4

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제15조 제2항 및 제25조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
진단보험금 (제10조 제1호에서 제7호)	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%)
해약환급금 (제25조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의50% - 1년초과기간 :평균공시이율의40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 소액암진단특약(간편N/갱신형)

약 관

이 특약의 약관은 무배당 소액암진단특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 소액암진단특약(간편N/갱신형)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표3) "장해분류표"에서 정한 장해를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제22조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우

갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)”에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 제4조("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암, 제5조("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암, 제6조("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 초기유방암(여성에 한함), 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암, 기타피부암 및 전립선암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진

단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암, 기타피부암 및 전립선암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과 보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 전립선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

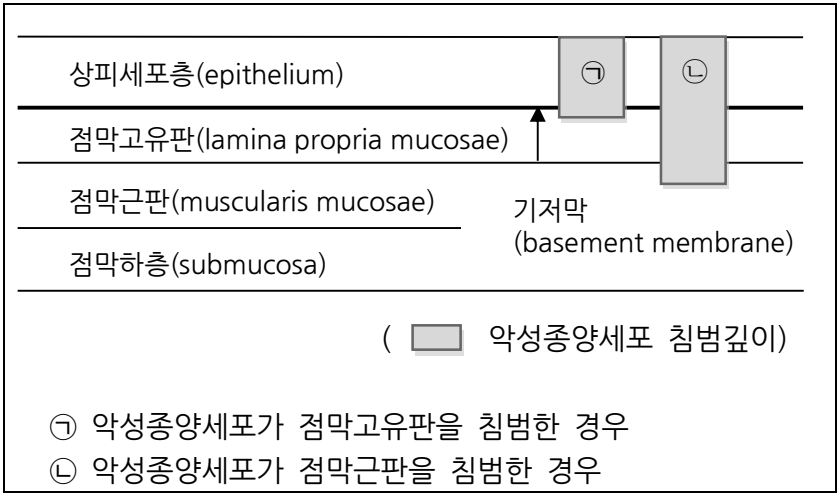
['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 대장점막내암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “대장점막내암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성 신생물(암)(C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

② "특정갑상선암"이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 갑상선암 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "중대한 갑상선암" 및 "특정갑상선암"의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "중대한 갑상선암" 및 "특정갑상선암"의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및

상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물

(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다.(이하 “초기유방암”이라 합니다)

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma),침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴 (two mass)
종괴1(mass 1) - 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0 cm
종괴2(mass 2) - 1.2 cm x 1.0 cm x 1.0 cm
=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당하므로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 2.0 cm x 2.0 cm x 1.0cm _ T1
림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis) _ N0mi
=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0cm
유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)
: 3.0 cm x 2.0 cm x 2.0cm
=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② 초기유방암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 초기유방암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “초기유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표5) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병을 말하며, 암, 제8조("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암 및 대장점막내암과는 구분됩니다.

② 경계성종양의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는

미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제8조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표6) "제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 대장점막내암은 제외합니다.

② 제자리암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이

급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제9조 ("양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “양성뇌종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표7) “양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)”에서 정한 질병으로 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양을 말합니다. 다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장하지 않습니다.

② “양성뇌종양”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “양성뇌종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “양성뇌종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제10조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 기타피부암 진단보험금 지급
   (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대장점막내암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 대장점막내암 진단보험금 지급
   (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정갑상선암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 특정갑상선암 진단보험금 지급
   (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 초기유방암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정 및 여성에 한함)
   : 초기유방암 진단보험금 지급
   (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 전립선암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 전립선암 진단보험금 지급
   (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 경계성종양 진단보험금 지급
   (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 제자리암 진단보험금 지급
   (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
8. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 양성뇌종양 진단보험금 지급
   (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표3 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 제23조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나, 최초계약의 암보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한

"암"과 동일한 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제22조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에 한함), 전립선암, 경계성종양, 제자리암 또는 양성뇌종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제10조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 진단보험금을 지급합니다.

⑤ 제4항에 의한 진단 확정으로 제18조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제18조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제10조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 '사망'의 원인 및 '진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제12조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

⑨ 갱신계약에서 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에 한함), 전립선암, 경계성종양, 제자리암 또는 양성뇌종양으로 피보험자에게 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 지급사유가 발생하더라도 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 진단보험금이 지급된 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에 한함), 전립선암, 경계성종양, 제자리암 또는 양성뇌종양과 동일한 질병(갱신 전 계약에서 이미 진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다)인 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에 한함), 전립선암, 경계성종양, 제자리암 또는 양성뇌종양이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제2항 및 제10조(보험

금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

⑪ 제10항의 “보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑫ 제10항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑬ 제25조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제10항의 “보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일”로 하여 적용합니다.

⑭ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑮ 제14항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 제1항의 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑰ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그

중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑱ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑲ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑳ 제19항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉑ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

㉒ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉓ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제8호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉔ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보

험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉕ 계약자는 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받았을 경우에는 그 발생일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

㉖ 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”이 발생하였으나 제25항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 “암”으로 제2항에서 정한 보험료 납입면제의 사유가 발생한 경우라도 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 계약일(부활(효력회복)일)부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받더라도 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 “암보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 제2항에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

㉗ 제26항의 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉘ 제27항에도 불구하고 제25조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제27항의 “암보장개시일”로 하여 적용합니다.

제12조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제13조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 2항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제14조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기

관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표8) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제17조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제16조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제25조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보

험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월

일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에 따라 계산된 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 그때부터 효력은 가지지 않습니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표8) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제22조(특약의 보험기간 및 갱신) 제2항에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제25조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제19조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제20조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 "보험계약대출이율"을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제21조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제22조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제23조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다. 그러나 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에 따른 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제24조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제25조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함) 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에 따른 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제26조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제27조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표8) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
기타피부암 진단보험금 (제10조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 200만원 [1년미만] 100만원
대장점막내암 진단보험금 (제10조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 대장점막내암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 200만원 [1년미만] 100만원
특정갑상선암 진단보험금 (제10조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 특정갑상선암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 200만원 [1년미만] 100만원
초기유방암 진단보험금 (제10조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 초기유방암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정 및 여성에 한함)	[1년이상] 400만원 [1년미만] 200만원

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
전립선암 진단보험금 (제10조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 전립선암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 400만원 [1년미만] 200만원
경계성종양 진단보험금 (제10조 제6호)	피보험자가 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 200만원 [1년미만] 100만원
제자리암 진단보험금 (제10조 제7호)	피보험자가 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 200만원 [1년미만] 100만원
양성뇌종양 진단보험금 (제10조 제8호)	피보험자가 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 200만원 [1년미만] 100만원

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 위의 보험금 지급기준표의 내용 중 "1년 미만(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)"의 보험금 감액 지급과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

3. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우 또는 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제22조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 “암” 또는 장해상태가 된 원인과 동일한 경우(“암”의 경우 이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우) 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 보험료 납입 면제를 위한 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다.
5. 갱신계약에서 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에 한함), 전립선암, 경계성종양, 제자리암, 양성뇌종양으로 피보험자에게 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 지급사유가 발생하더라도 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 진단보험금이 지급된 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에 한함), 전립선암, 경계성종양, 제자리암, 양성뇌종양과 동일한 질병(갱신 전 계약에서 이미 진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다)인 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
[기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외]

① 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암) ※ 다만, 여성에 한하여 초기유방암 제외	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60,C62,C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성 신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97

분류항목	분류코드
18. 진성 적혈구증가증	D45
19. 골수형성이상증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 전립선의 악성 신생물(암, 분류코드 C61)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제5조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정갑상선암” 은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제6조(“유방암 중 초기유방암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는

약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인 분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

경계성종양 분류표

① 약관에서 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

제자리신생물 분류표
(대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)

① 약관에서 규정하는 양성뇌종양(경계성종양 제외)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
5. 송과선의 양성 신생물	D35.4

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 8)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제15조 제2항, 제18조 제5항 및 제27조 제2항 관련)

<table>
<tr><th>구 분</th><th>기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="4">진단보험금
(제10조 제1호에서 제8호)
및
계약자적립액
(제18조 제5항)</td><td>지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td>지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 91일이후 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">해약환급금
(제27조 제1항)</td><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년 초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 소액암진단특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 소액암진단특약H(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 소액암진단특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제20조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이

해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금×해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 제4조("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암, 제5조("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암, 제6조("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 초기유방암(여성에 한함), 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)

상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암”, “기타피부암” 및 “전립선암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “전립선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “전립선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

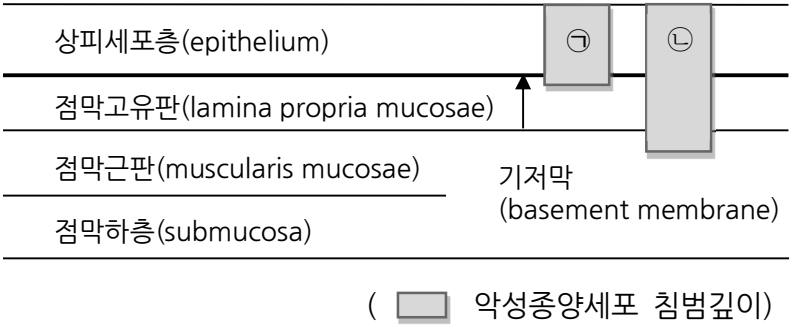
[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “대장점막내암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성 신생물(암)(C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

② “특정갑상선암”이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 “갑상선암” 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정은 병원의 의

료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다(이하 "초기유방암"이라 합니다).

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma),침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴 (two mass)

종괴1(mass 1) - 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0 cm

종괴2(mass 2) - 1.2 cm x 1.0 cm x 1.0 cm

=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당하므로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)

: 2.0 cm x 2.0 cm x 1.0cm _ T1

림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis) _ N1mi

=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)

: 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0cm

유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)

: 3.0 cm x 2.0 cm x 2.0cm

=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② “초기유방암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진

자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “초기유방암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “초기유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병을 말하며, 암, 제8조("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암 및 대장점막내암과는 구분됩니다.

② “경계성종양”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제8조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 6) "제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 대장점막내암은 제외합니다.

② "제자리암"의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "제자리암"의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제9조 ("양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "양성뇌종양"이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 7) "양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. (다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장대상에서 제외)

② “양성뇌종양”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견 등을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “양성뇌종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “양성뇌종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제10조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 기타피부암 진단보험금 지급
   (다만, 보험계약일부터 1 년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대장점막내암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)

: 대장점막내암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정갑상선암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 특정갑상선암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 초기유방암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정 및 여성에 한함)
: 초기유방암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 전립선암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 전립선암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 경계성종양 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 제자리암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

8. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 양성뇌종양 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1 년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제21조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에 한함), 전립선암, 경계성종양, 제자리암 또는 양성뇌종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제10조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 진단보험금을 지급합니다.

④ 제 3 항에 의한 진단 확정으로 제 16 조(특약의 체결 및 소멸) 제 2 항 제 3 호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제 16 조(특약의 체결 및 소멸) 제 5 항에 의한 계약자적립액은

지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제 10 조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 '사망'의 원인 및 '진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제12조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 피보험자가 보험계약일부터 1 년 미만에 제 10 조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제8호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”이 발생하였으나 제20항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 “암”으로 제2항에서 정한 보험료 납입면제의 사유가 발생한 경우라도 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 계약일(부활(효력회복)일)부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받더라도 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 “암보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 제2항에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

⑳ 계약자는 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받았을 경우에는 그 발생일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

㉑ 제19항의 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특

약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉯ 제21항에도 불구하고 제23조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제21항의 “암보장개시일”로 하여 적용합니다.

제12조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제13조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제14조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 8) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제 2 항 제 2 호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 8) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제23조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제19조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회

사가 지급하여야 할 해약환급금 이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금 을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금 보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제20조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제21조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조("암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복일)]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제22조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제23조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한

경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제21조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제25조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]
1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제 22 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제 1 항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 8) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
기타피부암 진단보험금 (제10조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
대장점막내암 진단보험금 (제10조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 대장점막내암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
특정갑상선암 진단보험금 (제10조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 특정갑상선암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
초기유방암 진단보험금 (제10조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 초기유방암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정 및 여성에 한함)	[1 년이상] 400 만원 [1 년미만] 200 만원
전립선암 진단보험금 (제10조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 전립선암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 400 만원 [1 년미만] 200 만원

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
경계성종양 진단보험금 (제10조 제6호)	피보험자가 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
제자리암 진단보험금 (제10조 제7호)	피보험자가 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
양성뇌종양 진단보험금 (제10조 제8호)	피보험자가 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원

(주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우 또는 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 보험료 납입 면제를 위한 암보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299 호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는
피보험자에게재해가 발생된 당시 시행되고 있는
한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암) ※ 다만, 여성에 한하여 초기유방암 제외	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60,C62,C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성 신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97

분류항목	분류코드
18. 진성 적혈구증가증	D45
19. 골수형성이상증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 전립선의 악성 신생물(암, 분류코드 C61)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제5조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정갑상선암”은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제6조(“유방암 중 초기유방암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

경계성종양 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

제자리신생물 분류표
(대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 제자리암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)

① 약관에서 규정하는 양성뇌종양(경계성종양 제외)은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
5. 송과선의 양성 신생물	D35.4

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 8)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제15조 제2항, 제16조 제5항 및 제25조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
진단보험금 (제10조 제1호에서 제8호) 및 계약자적립액(제16조 제5항)	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%)
해약환급금 (제25조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의50% - 1년초과기간 :평균공시이율의40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 소액암진단특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 소액암진단특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 소액암진단특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제20조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이

해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금×해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 제4조("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암, 제5조("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암, 제6조("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 초기유방암(여성에 한함), 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)

상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암”, “기타피부암” 및 “전립선암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “전립선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “전립선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

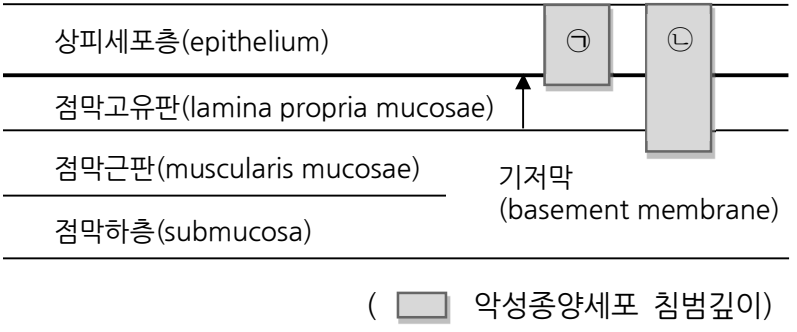
[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “대장점막내암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성 신생물(암)(C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

② “특정갑상선암”이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 “갑상선암” 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정은 병원의 의

료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다(이하 "초기유방암"이라 합니다).

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma),침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴 (two mass)

종괴1(mass 1) - 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0 cm

종괴2(mass 2) - 1.2 cm x 1.0 cm x 1.0 cm

=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당하므로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)

: 2.0 cm x 2.0 cm x 1.0cm _ T1

림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis) _ N1mi

=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)

: 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0cm

유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)

: 3.0 cm x 2.0 cm x 2.0cm

=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② “초기유방암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진

자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “초기유방암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “초기유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병을 말하며, 암, 제8조("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암 및 대장점막내암과는 구분됩니다.

② “경계성종양”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제8조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 6) "제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 대장점막내암은 제외합니다.

② “제자리암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제9조 ("양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 7) “양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. (다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장대상에서 제외)

② “양성뇌종양”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견 등을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “양성뇌종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “양성뇌종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제10조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 기타피부암 진단보험금 지급
   (다만, 보험계약일부터 1 년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대장점막내암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)

: 대장점막내암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정갑상선암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 특정갑상선암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 초기유방암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정 및 여성에 한함)
: 초기유방암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 전립선암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 전립선암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 경계성종양 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 제자리암 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

8. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 양성뇌종양 진단보험금 지급
(다만, 보험계약일부터 1 년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다)

제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제21조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 기타피부암, 대장점막내암, 특정갑상선암, 초기유방암(여성에 한함), 전립선암, 경계성종양, 제자리암 또는 양성뇌종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제10조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 진단보험금을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제

3항의 '사망'의 원인 및 '진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑤ 제4항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제12조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑥ 피보험자가 보험계약일부터 1 년 미만에 제 10 조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

⑦ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제8호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보

험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”이 발생하였으나 제19항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 “암”으로 제2항에서 정한 보험료 납입면제의 사유가 발생한 경우라도 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 계약일(부활(효력회복)일)부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받더라도 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 “암보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 제2항에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

⑲ 계약자는 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받았을 경우에는 그 발생일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

⑳ 제18항의 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉑ 제20항에도 불구하고 제23조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제20항의 “암보장개시일”로 하여 적용합니다.

제12조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제13조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제14조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 8) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제23조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제19조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금 이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금 을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금 보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제20조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제21조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조("암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시

일은 보험계약일[부활(효력회복일)]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제22조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제23조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제21조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제25조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제25조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]
1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제 22 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제 1 항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까

지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 8) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
기타피부암 진단보험금 (제10조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
대장점막내암 진단보험금 (제10조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 대장점막내암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
특정갑상선암 진단보험금 (제10조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 특정갑상선암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
초기유방암 진단보험금 (제10조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 초기유방암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정 및 여성에 한함)	[1 년이상] 400 만원 [1 년미만] 200 만원
전립선암 진단보험금 (제10조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 전립선암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 400 만원 [1 년미만] 200 만원

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
경계성종양 진단보험금 (제10조 제6호)	피보험자가 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
제자리암 진단보험금 (제10조 제7호)	피보험자가 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원
양성뇌종양 진단보험금 (제10조 제8호)	피보험자가 보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1 년이상] 200 만원 [1 년미만] 100 만원

(주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우 또는 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 보험료 납입 면제를 위한 암보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299 호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는
피보험자에게재해가 발생된 당시 시행되고 있는
한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암) ※ 다만, 여성에 한하여 초기유방암 제외	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60,C62,C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성 신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97

분류항목	분류코드
18. 진성 적혈구증가증	D45
19. 골수형성이상증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 전립선의 악성 신생물(암, 분류코드 C61)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제5조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정갑상선암”은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제6조(“유방암 중 초기유방암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

경계성종양 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

제자리신생물 분류표
(대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 제자리암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

양성뇌종양 분류표(경계성종양 제외)

① 약관에서 규정하는 양성뇌종양(경계성종양 제외)은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
5. 송과선의 양성 신생물	D35.4

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 8)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제15조 제2항 및 제25조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
진단보험금 (제10조 제1호에서 제8호)	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%)
해약환급금 (제25조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의50% - 1년초과기간 :평균공시이율의40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 순환계질환주요치료특약
(각연간1회한)(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 순환계질환주요치료특약(각연간1회한)(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 순환계질환주요치료특약
(각연간1회한)(간편N/갱신형)
약 관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습

니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제20조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“순환계질환(뇌)”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “순환계질환(뇌)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “순환계질환(뇌) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② "순환계질환(뇌)"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "순환계질환(뇌)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (“순환계질환(심)”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “순환계질환(심)”이라 함은 한국표준질병·사인분

류 중 (별표 5) “순환계질환(심) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② "순환계질환(심)"의 진단 확정은 병원의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 도플러 초음파 검사, 혈관조영술(관상동맥, 대동맥 등), 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 내시경 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "순환계질환(심)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 "순환계질환(심)"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조 "수술(혈전용해치료 및 혈전제거수술 제외)"의 정의와 장소)

① "수술"이라 함은 병원에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 “특정 행위”에서 제외합니다.

② "수술(혈전용해치료 및 혈전제거수술 제외)"라 함은 제1항 "수술"에서 "혈전용해치료" 및 "혈전제거수술"을 제외한 수술을 말합니다.

제6조 ("혈전제거수술"의 정의)

① “혈전제거수술”이라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전제거수술”이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제7조 ("혈전용해치료"의 정의)

① “혈전용해치료”라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자가 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전용해제”라 함은 순환계 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제8조 (보험금의 지급사유)

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 6개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 각 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우 아래와 같이 각 세부보장별 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우(연간1회한)
   : 순환계질환(뇌)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우(연간1회한)
   : 순환계질환(뇌)주요치료(혈전제거수술)보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간1회한)
   : 순환계질환(뇌)주요치료(혈전용해치료)보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술

(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우(연간1회한)
: 순환계질환(심)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우(연간1회한)
: 순환계질환(심)주요치료(혈전제거수술)보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간1회한)
: 순환계질환(심)주요치료(혈전용해치료)보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제20조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의

보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제8조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제6호에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제8조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. "연간"이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급

률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명, 혈전용해치료 일자 및 내용 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서,

본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제12조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판

단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제23조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 세부보장을 동일한 조건으로 가입하여야 합니다

③ 제2항에도 불구하고 이 특약을 체결할 때 계약자는 각 세부보장별 보험가입금액을 다르게 가입할 수 있습니다.

④ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우
   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망

이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제4항 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 “실종기간”이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법 원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑦ 제4항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 “산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산" 과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑧ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제20조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑨ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)

이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑩ 제9항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑪ 제9항의 “추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우”는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑫ 제23조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제19조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제 2 항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

제20조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제21조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제22조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해

지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제23조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제25조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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 : 각 세부보장별 보험가입금액)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
순환계질환(뇌)주요치료(수술)(혈전용해치료및 혈전제거수술제외)보험금 (제 8 조 제 1 호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및 혈전제거수술제외)을 받은 경우 (연간 1 회한)	[1 년이상] 보험가입금액 100% [1 년미만] 보험가입금액 50%
순환계질환(뇌)주요치료(혈전제거수술)보험금 (제 8 조 제 2 호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우 (연간 1 회한)	[1 년이상] 보험가입금액 100% [1 년미만] 보험가입금액 50%
순환계질환(뇌)주요치료(혈전용해치료)보험금 (제 8 조 제 3 호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우 (연간 1 회한)	[1 년이상] 보험가입금액 100% [1 년미만] 보험가입금액 50%
순환계질환(심)주요치료(수술)(혈전용해치료및 혈전제거수술제외)보험금 (제 8 조 제 4 호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및 혈전제거수술제외)을 받은 경우 (연간 1 회한)	[1 년이상] 보험가입금액 100% [1 년미만] 보험가입금액 50%

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
순환계질환(심)주요치료 (혈전제거수술)보험금 (제 8 조 제 5 호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우 (연간 1 회한)	[1 년이상] 보험가입금액 100% [1 년미만] 보험가입금액 50%
순환계질환(심)주요치료 (혈전용해치료)보험금 (제 8 조 제 6 호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우 (연간 1 회한)	[1 년이상] 보험가입금액 100% [1 년미만] 보험가입금액 50%

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제20조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 "연간"이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 “1. 보장대상이 되는 재해” ②에 해당하는 감염병은 “2. 보험금을 지급하지 않는 재해” ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

순환계질환(뇌) 분류표

① 약관에서 규정하는 “순환계질환(뇌)”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
뇌혈관질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	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 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, “외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상

으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

순환계질환(심) 분류표

① 약관에 규정하는 “순환계질환(심)”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
급성 류마티스열	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
만성 류마티스 심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
허혈성 심장질환	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
심장염증 질환	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33

분류항목		분류코드
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
중증방실 차단	방실차단, 2 도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
부정맥	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
심부전	심부전	I50
대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
특정 동맥혈관 질환	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
문맥혈전증	문맥혈전증	I81
식도정맥류	식도정맥류	I85
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정

으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항, 제16조 제7항 및 제25조 제2항 관련)

1. 보험금 (제 8 조) 및 계약자적립액(제 16 조 제 7 항)

기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

2. 해약환급금 (제 25 조 제 1 항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1 년이내	평균공시이율의 50%
	1 년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 “청구일”은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는

전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
순환계질환주요치료특약H(각연간1회한)
(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 순환계질환주요치료특약H(각연간1회한)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 순환계질환주요치료특약H(각연간1회한)(간편N)
약 관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
         이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이

해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“순환계질환(뇌)”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “순환계질환(뇌)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “순환계질환(뇌) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② "순환계질환(뇌)"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단

은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "순환계질환(뇌)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (“순환계질환(심)”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “순환계질환(심)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) “순환계질환(심) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② "순환계질환(심)"의 진단 확정은 병원의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 도플러 초음파 검사, 혈관조영술(관상동맥, 대동맥 등), 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 내시경 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "순환계질환(심)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 "순환계질환(심)"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조 ("수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)"의 정의와 장소)

① "수술"이라 함은 병원에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 “특정 행위”에서 제외합니다.

② "수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)"이라 함은 제1항 "수술"에서 "혈전용해치료" 및 "혈전제거수술"을 제외한 수술을 말합니다.

제6조 ("혈전제거수술"의 정의)

① “혈전제거수술”이라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전제거수술”이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제7조 ("혈전용해치료"의 정의)

① “혈전용해치료”라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자가 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전용해제”라 함은 순환계 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제8조 (보험금의 지급사유)

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 6개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 각 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우 아래와 같이 각 세부보장별 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우(연간1회한)
   : 순환계질환(뇌)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전

제거수술을 받은 경우(연간1회한)
: 순환계질환(뇌)주요치료(혈전제거수술)보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간1회한)
: 순환계질환(뇌)주요치료(혈전용해치료)보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우(연간1회한)
: 순환계질환(심)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우(연간1회한)
: 순환계질환(심)주요치료(혈전제거수술)보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간1회한)
: 순환계질환(심)주요치료(혈전용해치료)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제8조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제6호에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제8조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. "연간"이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10

년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 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 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지

급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는

지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명, 혈전용해치료 일자 및 내용 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제12조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지

의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 세부보장을 동일한 조건으로 가입하여야 합니다

③ 제2항에도 불구하고 이 특약을 체결할 때 계약자는 각 세부보장별 보험가입금액을 다르게 가입할 수 있습니다.

④ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제4항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가

발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 “실종기간”이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑦ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑧ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑨ 제8항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 제8항의 “추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없

는 경우”는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑪ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장

개시일과 동일합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할

경우, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다.

④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할

때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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 : 각 세부보장별 특약보험가입금액)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
순환계질환(뇌) 주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈 전제거수술제외) 보험금 (제8조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전 제거수술제외)을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
순환계질환(뇌) 주요치료 (혈전제거수술) 보험금 (제8조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
순환계질환(뇌) 주요치료 (혈전용해치료) 보험금 (제8조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
순환계질환(심) 주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈 전제거수술제외) 보험금 (제8조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
순환계질환(심) 주요치료 (혈전제거수술) 보험금 (제8조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
순환계질환(심) 주요치료 (혈전용해치료) 보험금 (제8조 제6호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니

다.

3. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정

되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 “1. 보장대상이 되는 재해” ②에 해당하는 감염병은 “2. 보험금을 지급하지 않는 재해” ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

순환계질환(뇌) 분류표

① 약관에서 규정하는 “순환계질환(뇌)”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
뇌혈관질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	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 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, “외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

> 한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
> 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
> 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한

국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

순환계질환(심) 분류표

① 약관에 규정하는 “순환계질환(심)”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
급성 류마티스열	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
만성 류마티스 심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
허혈성 심장질환	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
심장염증 질환	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	상세불명 판막의 심내막염	I38

분류항목		분류코드
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
중증방실 차단	방실차단, 2도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
부정맥	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
심부전	심부전	I50
대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
특정 동맥혈관 질환	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
문맥혈전증	문맥혈전증	I81
식도정맥류	식도정맥류	I85
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항, 제14조 제6항 및 제23조 제4항 관련)

1. 보험금 (제8조) 및 계약자적립액(제14조 제6항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 “청구일”은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
순환계질환주요치료특약L(각연간1회한)
(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 순환계질환주요치료특약L(각연간1회한)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 순환계질환주요치료특약L(각연간1회한)(간편N)
약 관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
         이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이

해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“순환계질환(뇌)”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “순환계질환(뇌)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “순환계질환(뇌) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② "순환계질환(뇌)"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단

은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "순환계질환(뇌)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (“순환계질환(심)”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “순환계질환(심)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) “순환계질환(심) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② "순환계질환(심)"의 진단 확정은 병원의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 도플러 초음파 검사, 혈관조영술(관상동맥, 대동맥 등), 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 내시경 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "순환계질환(심)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 "순환계질환(심)"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조 ("수술(혈전용해치료및혈전제거수술 제외)"의 정의와 장소)

① "수술"이라 함은 병원에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 “특정 행위”에서 제외합니다.

② "수술(혈전용해치료및혈전제거수술 제외)"이라 함은 제1항 "수술"에서 "혈전용해치료" 및 "혈전제거수술"을 제외한 수술을 말합니다.

제6조 ("혈전제거수술"의 정의)

① “혈전제거수술”이라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전제거수술”이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제7조 ("혈전용해치료"의 정의)

① “혈전용해치료”라 함은 병원의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자가 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전용해제”라 함은 순환계 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제8조 (보험금의 지급사유)

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 6개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 각 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우 아래와 같이 각 세부보장별 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우(연간1회한)
   : 순환계질환(뇌)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전

제거수술을 받은 경우(연간1회한)
: 순환계질환(뇌)주요치료(혈전제거수술)보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간1회한)
: 순환계질환(뇌)주요치료(혈전용해치료)보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우(연간1회한)
: 순환계질환(심)주요치료(수술)(혈전용해치료및혈전제거수술제외)보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우(연간1회한)
: 순환계질환(심)주요치료(혈전제거수술)보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간1회한)
: 순환계질환(심)주요치료(혈전용해치료)보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제8조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제6호에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제8조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. "연간"이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10

년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 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 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지

급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는

지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명, 혈전용해치료 일자 및 내용 기재),진료기록부(검사기록지 포함), 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제12조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립

이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 세부보장을 동일한 조건으로 가입하여야 합니다

③ 제2항에도 불구하고 이 특약을 체결할 때 계약자는 각 세부보장별 보험가입금액을 다르게 가입할 수 있습니다.

④ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제4항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 “실종기간”이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 “추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우”는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정

한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 경우, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다.

④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며,

이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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 : 각 세부보장별 특약보험가입금액)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
순환계질환(뇌) 주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈 전제거수술제외) 보험금 (제8조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전 제거수술제외)을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
순환계질환(뇌) 주요치료 (혈전제거수술) 보험금 (제8조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
순환계질환(뇌) 주요치료 (혈전용해치료) 보험금 (제8조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(뇌)”으로 진단확정되고, “순환계질환(뇌)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
순환계질환(심) 주요치료 (수술)(혈전용해치료및혈 전제거수술제외) 보험금 (제8조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전용해치료및혈전제거수술제외)을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
순환계질환(심) 주요치료 (혈전제거수술) 보험금 (제8조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거수술을 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
순환계질환(심) 주요치료 (혈전용해치료) 보험금 (제8조 제6호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환(심)”으로 진단확정되고, “순환계질환(심)”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우 (연간1회한)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에

는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정

되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 “1. 보장대상이 되는 재해” ②에 해당하는 감염병은 “2. 보험금을 지급하지 않는 재해” ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

순환계질환(뇌) 분류표

① 약관에서 규정하는 “순환계질환(뇌)”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
뇌혈관질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	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 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, “외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

> 한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
> 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
> 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한

국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

순환계질환(심) 분류표

① 약관에 규정하는 “순환계질환(심)”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
급성 류마티스열	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
만성 류마티스 심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
허혈성 심장질환	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
심장염증 질환	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	상세불명 판막의 심내막염	I38

분류항목		분류코드
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
중증방실 차단	방실차단, 2도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
부정맥	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
심부전	심부전	I50
대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
특정 동맥혈관 질환	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
문맥혈전증	문맥혈전증	I81
식도정맥류	식도정맥류	I85
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항 및 제23조 제4항 관련)

1. 보험금 (제8조)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 “청구일”은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당

순환계질환중환자실입원특약(간편N/갱신형)

약관

이 특약의 약관은 무배당 순환계질환중환자실입원특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 순환계질환중환자실입원특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니

다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“순환계질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “순환계질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “순환계질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② "순환계질환"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도검사, 심장초음파, 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 도플러 초음파 검사, 내시경검사, 혈관조영술(관상동맥, 대동맥, 뇌혈관 등), 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "순환계질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경

우

2. 부검감정서 상 사인이 "순환계질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조 (“중환자실” 및 “입원”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “중환자실”이라 함은 “「의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2.중환자실」”에 부합하는 입원치료실[(별표 5) “의료기관의 시설규격(중환자실)” 참조]을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

② 이 특약에서 “입원”이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실(입•퇴원확인서 발급 기준)하여 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환”으로 진단이 확정되고, 그 “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 중환자실에 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 순환계질환중환자실입원보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니

다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

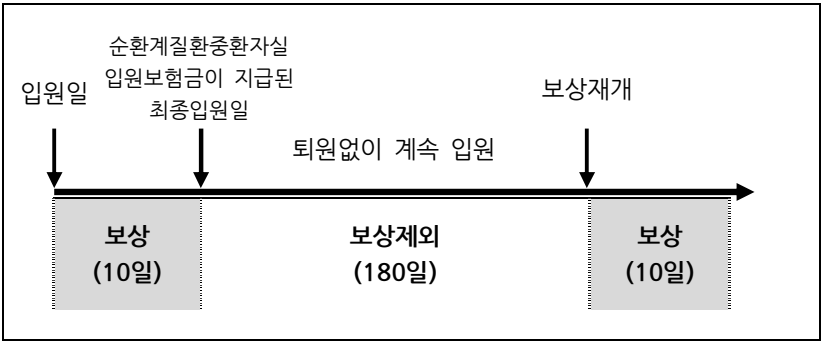
③ 제4조(“중환자실” 및 “입원”의 정의와 장소)에서 정한 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유)에서 정하는 순환계질환중환자실입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 10일을 최고한도로 합니다.

⑤ 제5조(보험금의 지급사유)의 순환계질환중환자실입원보험금은 피보험자가 동일한 “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아서 각 입원일수를 더하여 제4항의 규정을 적용합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 입원하더라도 순환계질환중환자실입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 순환계질환중환자실입원보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 순환계질환중환자실입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로

봅니다.



⑦ 피보험자가 순환계질환중환자실입원보험금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속중인 중환자실입원기간에 대하여 제4항의 규정에 따라 계속 순환계질환중환자실입원보험금을 지급합니다.

⑧ 제3항, 제6항 및 제7항의 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 중환자실 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 순환계질환중환자실입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 2가지 이상의 “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 하나의 "순환계질환"으로 인한 순환계질환중환자실입원보험금을 지급합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 피보험자의 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지

않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑬ 제12항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑰ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑱ 제17항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑲ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑳ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉑ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 입·퇴원확인서(중환자실 입원기간 기입), 장해진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등

으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나

다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가

발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우에는 회사는 이 특약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제18조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

제18조 (특약의 갱신)

① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한

절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제24조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
순환계질환 중환자실입원 보험금 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “순환계질환”으로 진단이 확정되고, 그 “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 중환자실에 입원하였을 때 (1회 입원당 지급일수 10일 한도)	입원일수 1일당 10만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 제1호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호,

2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

순환계질환 분류표

① 약관에 규정하는 “순환계질환”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목		분류코드
급성 류마티스열	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
만성 류마티스 심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
허혈성 심장질환	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속 심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
심장염증 질환	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	상세불명 판막의 심내막염	I38

분류항목		분류코드
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
중증방실 차단	방실차단, 2도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
부정맥	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
심부전	심부전	I50
뇌혈관질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	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 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69
대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
특정 동맥혈관	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74

분류항목		분류코드
질환	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
문맥혈전증	문맥혈전증	I81
식도정맥류	식도정맥류	I85
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, '외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

의료기관의 시설규격(중환자실)

“「의료법」시행규칙 제34조(의료기관의 시설규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2. 중환자실”의 시설규격은 다음과 같습니다.

1. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
2. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
3. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
4. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
5. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
6. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함),심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제

세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

7. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
8. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
9. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
10. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야한다.
11. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

1. 순환계질환중환자실입원보험금 (제5조) 및 계약자적립액 (제13조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항)

적립기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내	평균공시이율의 50%
	1년 초과 기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하

는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 시니어수술보장특약
(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 시니어수술보장특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 시니어수술보장특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("녹내장"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “녹내장”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “녹내장 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② "녹내장"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사 · 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 ("관절염"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “관절염”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) “관절염 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② "관절염"의 진단 확정은 병원의 의사에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제5조 ("수술"의 정의와 장소)

이 특약에서 "수술”이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다.

이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액•조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외합니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]를 지급합니다.

1. 피보험자가 특약의 보험기간 중 "녹내장"으로 진단확정되고, "녹내장"의 직접적인 치료를 목적으로 제5조("수술"의 정의와 장소)에서 정하는 수술을 받았을 경우(수술 1회당)
   : 녹내장 수술비(최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 특약의 보험기간 중 "관절염"으로 진단확정되고, "관절염"의 직접적인 치료를 목적으로 제5조("수술"의 정의와 장소)에서 정하는 수술을 받았을 경우(수술 1회당. 연간 1회에 한하여 지급)
   : 관절염 수술비(최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 수술은 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술을 받은 경우 1회의 수술로 간주하여 1회의 보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다. 다만, 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술을 좌안(左眼) 및 우안(右眼)에 받았을 경우 서로 다른 수술로 간주하여 각각 1회의 보험금을 지급합니다.

1. 망막박리(網膜剝離) 수술
2. 레이저(Laser)에 의한 안구 수술
3. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술
4. 내시경(fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술
5. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법

④ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우, 연간 1회에 한하여 지급합니다. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 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 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별

판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할

수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 제

한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최

초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우
   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단

순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료

일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해

지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
녹내장 수술비 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 녹내장으로 진단확정되고, 녹내장의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우	수술 1회당 50만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
관절염 수술비 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 관절염으로 진단확정되고, 관절염의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 ※ 다만, 연간 1회에 한함	수술 1회당 50만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. '관절염 수술비'의 경우 연간 1회에 한하여 지급합니다. "연간"이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의

고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은, '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 4)

녹내장 분류표

① 약관에서 규정하는 '녹내장'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
녹내장	H40
달리분류된 질환에서의 녹내장	H42

② 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

③ 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

관절염 분류표

① 약관에서 규정하는 '관절염'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
화농성 관절염	M00
달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접감염	M01
반응성 관절병증	M02
달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증	M03
혈청검사양성 류마티스관절염	M05
류마티스폐질환	J99.0
기타 류마티스관절염	M06
건선성 및 장병성 관절병증	M07
연소성 관절염	M08
달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염	M09
통풍	M10

분류항목	분류코드
기타 결정 관절병증	M11
기타 특정 관절병증	M12
기타 관절염	M13
달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증	M14
다발관절증	M15
고관절증	M16
무릎관절증	M17
제1수근중수관절의 관절증	M18
기타 관절증	M19
사지의 기타 후천변형	M21
무릎뼈의 장애	M22
무릎의 내부장애	M23
기타 특정 관절장애	M24
달리 분류되지 않은 기타 관절장애	M25

② 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

③ 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

1. 수술비 (제6조) 및 계약자적립액 (제14조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 심장부정맥고주파·냉각절제수술 특약(간편N/갱신형) 약 관

이 특약의 약관은 무배당 심장부정맥고주파·냉각절제수술특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 심장부정맥고주파·냉각절제수술특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니

다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("급여 심장부정맥 고주파·냉각절제수술"의 정의)

① 이 특약에서 “급여 심장부정맥 고주파·냉각절제수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 4) “급여 심장부정맥 고주파·냉각절제수술 분류표”에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 말합니다.

② 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

③ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 심장부정맥 고주파·냉각절제수술”을 받은 경우에는 보험수익자에게 약정한 심장부정맥 고주파·냉각절제수술보험금(급여)(다만, 연간 1회에 한

함) [(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급).

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약해당일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 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 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)

에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비세부산정내역서, 진단서(병명기입), 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료

의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동

의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력

을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명의 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원

이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회

사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에

는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지

할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
심장부정맥 고주파·냉각절제 수술보험금(급여) (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 심장부정맥 고주파·냉각절제수술”을 받았을 경우 (다만, 연간1회에 한함)	100만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 ‘1. 보장대상이 되는 재해’ ②에 해당하는 감염병은 ‘2. 보험금을 지급하지 않는 재해’ ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 4)

“급여 심장부정맥 고주파·냉각절제수술” 분류표

① 약관에서 규정하는 “급여 심장부정맥 고주파·냉각절제수술”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2024-23호, 2024.3.1시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
부정맥의 고주파절제술	**부정맥의 고주파절제술**	
	상심실성 부정맥	M6541
	상심실성 부정맥 - 중격천자	M6544
	심방세동	M6542
	심방세동 - 중격천자	M6545
	심방세동 - 하대정맥 - 삼첨판륜 협부에 대한 선형절제술	M0654
	심실성 부정맥	M6543
	삼차원(3-D) 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술	
	상심실성 부정맥	M6546
	상심실성 부정맥 - 중격천자	M6549
	심방세동	M6547
	심방세동 - 중격천자	M6540
	심실성 부정맥	M6548
	방실결절 절제술, 히스속 절제술	M6550

	방실결절 절제술, 히스속 절제술 - 중격천자	M6556
부정맥의 냉각절제술	**부정맥의 냉각절제술**	
	상심실성 부정맥	M0657
	상심실성 부정맥 - 중격천자	M0653
	심방세동	M0658
	심방세동 - 중격천자	M0655
	심방세동 - 하대정맥 - 삼첨판륜 협부에 대한 선형절제술	M0659
	심방세동 - 냉각풍선절제술	M0651
	심방세동 - 냉각풍선절제술 - 중격천자	M0652
	심실성 부정맥	M0661
	방실결절 절제술, 히스속 절제술	M0662
	방실결절 절제술, 히스속 절제술 - 중격천자	M0656

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

1. 수술보험금(급여) (제4조) 및 계약자적립액 (제12조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의

사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 심장질환수술보장특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 심장질환수술보장특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 심장질환수술보장특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니

다.

4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
5. 보험료 납입 관련 용어
   가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“심장질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “심장질환 분류표”에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

② “심장질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절

단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외됩니다.

② 이 특약에서 "관혈수술" 및 "비관혈수술"이라 함은 다음과 같습니다.

1. "관혈수술"이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 "수술"하는 것을 말합니다.
2. "비관혈수술"이라 함은 "수술"에서 정한 행위 중 "관혈수술"에 해당하지 않는 수술을 말합니다.

제5조 (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 "심장질환"으로 진단확정받고, 그 "심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "관혈수술"을

받았을 경우(다만, 최초 1회에 한함)
: 심장질환 관혈수술보험금
(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)
※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술의 경우 관혈수술에 준하여 보험금 지급

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심장질환”으로 진단확정받고, 그 “심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “비관혈수술”을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한함)
: 심장질환 비관혈수술보험금
(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

※ 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 [심장질환 관혈수술 보장계약] 및 [심장질환 비관혈수술 보장계약]으로 나뉘어 갱신되며, 제1호 및 제2호의 수술보험금은 각 해당 수술의 보장계약에 한하여 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니

다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 장해분류표 중 재해 이외의 원인으로 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상

두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 갱신계약의 경우 [심장질환 관혈수술 보장계약]에서 “심장질환 관혈수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [심장질환 관혈수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “심장질환 관혈수술보험금”으로 지급합니다. 이때 [심장질환 관혈수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 진단서(병명기입), 사망진단서, 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는

접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나

과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게

서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우. 다만, 갱신계약 중 「심장질환 관혈수술 보장계약」에서 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보장계약에 한하여 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명의 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건

강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제8항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립

니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “심장질환 관혈수술보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”
$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$
㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 갱신합니다.
다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에 따라 이 특약을 갱신하는 경우에는 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 [심장질환 관혈수술 보장계약] 및 [심장질환 비관혈수술 보장계약]으로 나뉘어 갱신됩니다.
다만, 갱신 전 계약에서 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 [심장질환 관혈수술 보장계약]을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하

게 적용됩니다.

⑤ 갱신계약은 제4항에 따른 각각의 보장계약을 합하여 하나의 계약으로 봅니다.

⑥ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑦ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑧ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며,

이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

■ **최초계약**

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
심장질환 관혈 수술보험금 (제5조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심장질환”으로 진단확정받고, 그 “심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급) ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술의 경우 관혈수술에 준하여 보험금 지급
심장질환 비관혈 수술보험금 (제5조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심장질환”으로 진단확정받고, 그 “심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “비관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	200만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일

한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

■ **갱신계약**

※ 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 「심장질환 관혈수술 보장계약」, 「심장질환 비관혈수술 보장계약」으로 나뉘어 갱신됩니다.
다만, 갱신 전 계약에서 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 「심장질환 관혈수술 보장계약」을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
단, 갱신계약은 각각의 보장계약을 합하여 하나의 계약으로 봅니다.

[심장질환 관혈수술 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
심장질환 관혈수술보험금 (제5조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심장질환”으로 진단확정받고, 그 “심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원 ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술의 경우 관혈수술에 준하여 보험금 지급

[심장질환 비관혈수술 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
심장질환 비관혈수술보험금 (제5조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심장질환”으로 진단확정받고, 그 “심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “비관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	200만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일

한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. [심장질환 관혈수술 보장계약]에서 “심장질환 관혈수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [심장질환 관혈수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “심장질환 관혈수술보험금”으로 지급합니다. 이때 [심장질환 관혈수술 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 “심장질환”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병 및 재해를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
심장 침범이 있는 류마티스 열	I01
류마티스무도병	I02
류마티스성 승모판질환	I05
류마티스성 대동맥판질환	I06
류마티스성 삼첨판질환	I07
다발판막질환	I08
기타 류마티스심장질환	I09
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
폐색전증	I26
기타 폐성 심장질환	I27
폐혈관의 기타 질환	I28
급성 심장막염	I30
심장막의 기타 질환	I31

분류항목	분류코드
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
수막알균성 심장병	A39.5
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판 장애	I36
폐동맥판장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
칸디다심내막염	B37.6
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
심장정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49
심부전	I50
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
대동맥동맥류 및 박리	I71
흉부 혈관의 손상	S25

분류항목	분류코드
심장의 손상	S26
심장의 양성 신생물	D15.1

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 수술보험금 (제5조 제1호 및 제2호) 및 계약자적립액 (제13조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표

시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 심장질환수술보장특약H(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 **무배당 심장질환수술보장특약H(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 심장질환수술보장특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“심장질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “심장질환 분류표”에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

② “심장질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사(치과의사 제외)”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 ‘특정 행위’에서 제외됩니다.

② 이 특약에서 “관혈수술” 및 “비관혈수술”이라 함은 다음과 같습니다.

1. “관혈수술”이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 “수술”하는 것을 말합니다.
2. “비관혈수술”이라 함은 “수술”에서 정한 행위 중 “관혈수술”에 해당하지 않는 수술을 말합니다.

제5조 (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 “심장질환”으로 진단확정받고, 그 “심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “관혈수술”을 받았을 경우(다만, 최초 1회에 한함)
   : 심장질환 관혈수술보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)
   ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술의 경우 관혈수술에 준하여 보험금 지급
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심장질환”으로 진단확정받고, 그 “심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “비관혈수술”을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한함)
   : 심장질환 비관혈수술보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의

보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에

는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 진단서(병명기입), 사망진단서, 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험

금 지급사유 및 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효

력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제18조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는

보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제17조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에

따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제20조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

> **[해약환급금 관련 유의사항]**
> 1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
> 2. 1.에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제21조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
심장질환 관혈 수술보험금 (제5조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심장질환”으로 진단확정받고, 그 “심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급) ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술의 경우 관혈수술에 준하여 보험금 지급
심장질환 비관혈 수술보험금 (제5조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심장질환”으로 진단확정받고, 그 “심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “비관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	200만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태

가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 “심장질환”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병 및 재해를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
심장 침범이 있는 류마티스 열	I01
류마티스무도병	I02
류마티스성 승모판질환	I05
류마티스성 대동맥판질환	I06
류마티스성 삼첨판질환	I07
다발판막질환	I08
기타 류마티스심장질환	I09
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
폐색전증	I26
기타 폐성 심장질환	I27
폐혈관의 기타 질환	I28
급성 심장막염	I30
심장막의 기타 질환	I31

분류항목	분류코드
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
수막알균성 심장병	A39.5
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판 장애	I36
폐동맥판장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
칸디다심내막염	B37.6
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
심장정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49
심부전	I50
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
대동맥동맥류 및 박리	I71
흉부 혈관의 손상	S25

분류항목	분류코드
심장의 손상	S26
심장의 양성 신생물	D15.1

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결 시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결 시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제11조 제5항 및 제20조 제4항 관련)

1. 수술보험금 (제5조 제1호 및 제2호) 및 계약자적립액(제11조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제20조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 심장질환수술보장특약L(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 **무배당 심장질환수술보장특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 심장질환수술보장특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“심장질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “심장질환 분류표”에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

② “심장질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사(치과의사 제외)”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 ‘특정 행위’에서 제외됩니다.

② 이 특약에서 “관혈수술” 및 “비관혈수술”이라 함은 다음과 같습니다.

1. “관혈수술”이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 “수술”하는 것을 말합니다.
2. “비관혈수술”이라 함은 “수술”에서 정한 행위 중 “관혈수술”에 해당하지 않는 수술을 말합니다.

제5조 (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 “심장질환”으로 진단확정받고, 그 “심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “관혈수술”을 받았을 경우(다만, 최초 1회에 한함)
   : 심장질환 관혈수술보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)
   ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술의 경우 관혈수술에 준하여 보험금 지급
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심장질환”으로 진단확정받고, 그 “심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “비관혈수술”을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한함)
   : 심장질환 비관혈수술보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의

보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지

급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 진단서(병명기입), 사망진단서, 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료

의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가

발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제18조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없

거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제17조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제20조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 저렴한 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 1.에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제21조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
심장질환 관혈 수술보험금 (제5조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심장질환”으로 진단확정받고, 그 “심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급) ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술의 경우 관혈수술에 준하여 보험금 지급
심장질환 비관혈 수술보험금 (제5조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심장질환”으로 진단확정받고, 그 “심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “비관혈수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	200만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태

가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 “심장질환”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병 및 재해를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
심장 침범이 있는 류마티스 열	I01
류마티스무도병	I02
류마티스성 승모판질환	I05
류마티스성 대동맥판질환	I06
류마티스성 삼첨판질환	I07
다발판막질환	I08
기타 류마티스심장질환	I09
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
폐색전증	I26
기타 폐성 심장질환	I27
폐혈관의 기타 질환	I28
급성 심장막염	I30
심장막의 기타 질환	I31

분류항목	분류코드
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
수막알균성 심장병	A39.5
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판 장애	I36
폐동맥판장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
칸디다심내막염	B37.6
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
심장정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49
심부전	I50
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
대동맥동맥류 및 박리	I71
흉부 혈관의 손상	S25

분류항목	분류코드
심장의 손상	S26
심장의 양성 신생물	D15.1

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제20조 제4항 관련)

1. 수술보험금 (제5조 제1호 및 제2호)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제20조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 심폐소생술급여보장특약
(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 심폐소생술급여보장특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 심폐소생술급여보장특약(간편N/갱신형)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융

감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("급여 심폐소생술"의 정의)

이 특약에서 “급여 심폐소생술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 4) “급여 심폐소생술 분류표”에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

제4조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제3조(“급여 심폐소생술”의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 심폐소생술 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 심폐소생술 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제3조(“급여 심폐소생술”의 정의)에도 불구하고 “급여 심폐소생술 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약

자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “급여 심폐소생술 관련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 심폐소생술”을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 심폐소생술보험금(급여)[급여 심폐소생술 1회당, (별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부산정내역서, 진료비계산서·영수증, 장해진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만,

보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니

다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우
   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가

입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신

계약의 보험기간 종료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는

보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회

복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
심폐소생술 보험금(급여) (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 심폐소생술”을 받았을 경우	급여 심폐소생술 1회당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

급여 심폐소생술 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 심폐소생술”은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-12호, 2025.2.1 시행)」중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(15분까지)	M1583
(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(15분을초과하여30분까지)	M1584
(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(30분을초과하여45분까지)	M1585
(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(45분을초과하여60분까지)	M1586
(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(60분초과1일당)	M1587
심폐소생술(15분까지)	M5873
심폐소생술(15분을초과하여30분까지)	M5874
심폐소생술(30분을초과하여45분까지)	M5875
심폐소생술(45분을초과하여60분까지)	M5876
심폐소생술(60분초과1일당)	M5877

② 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」등의 관련법령을 개정으로 진료행위 분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 심폐소생술보험금(급여) (제5조) 및 계약자적립액 (제13조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 심폐소생술급여보장특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 심폐소생술급여보장특약H(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 심폐소생술급여보장특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("급여 심폐소생술"의 정의)

이 특약에서 “급여 심폐소생술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 4) “급여 심폐소생술 분류표”에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

제4조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제3조(“급여 심폐소생술”의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 심폐소생술 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 심폐소생술 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제3조(“급여 심폐소생술”의 정의)에도 불구하고 “급여 심폐소생술 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에

따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사

유가 판단된 경우에는 이후 “급여 심폐소생술 관련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 심폐소생술”을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 심폐소생술 보험금(급여)[급여 심폐소생술 1회당, (별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을

결정합니다.

④ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항의 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 결정합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속

전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부산정내역서, 진료비계산서·영수증, 장해진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니

다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 보장개시)
이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제14조 (특약의 무효)
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)
① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해

약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입기간 및 보험료 납입)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 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 특약

도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가

정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
심폐소생술 보험금(급여) (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 심폐소생술”을 받았을 경우	급여 심폐소생술 1회당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

급여 심폐소생술 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 심폐소생술”은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-12호, 2025.2.1 시행)」중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위 명칭	진료행위코드
(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(15분까지)	M1583
(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(15분을초과하여30분까지)	M1584
(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(30분을초과하여45분까지)	M1585
(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(45분을초과하여60분까지)	M1586
(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(60분초과1일당)	M1587
심폐소생술(15분까지)	M5873
심폐소생술(15분을초과하여30분까지)	M5874
심폐소생술(30분을초과하여45분까지)	M5875
심폐소생술(45분을초과하여60분까지)	M5876
심폐소생술(60분초과1일당)	M5877

· 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」등의 관련법령을 개정으로 진료행위 분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제11조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 심폐소생술 보험금(급여) (제5조) 및 계약자적립액(제11조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 심폐소생술급여보장특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 심폐소생술급여보장특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 심폐소생술급여보장특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("급여 심폐소생술"의 정의)

이 특약에서 “급여 심폐소생술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 4) “급여 심폐소생술 분류표”에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

제4조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제3조(“급여 심폐소생술”의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 심폐소생술 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 심폐소생술 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제3조(“급여 심폐소생술”의 정의)에도 불구하고 “급여 심폐소생술 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에

따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사

유가 판단된 경우에는 이후 “급여 심폐소생술 관련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 심폐소생술”을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 심폐소생술 보험금(급여)[급여 심폐소생술 1회당, (별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을

결정합니다.

④ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항의 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 결정합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속

전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부산정내역서, 진료비계산서·영수증, 장해진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니

다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 보장개시)

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입기간 및 보험료 납입)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 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 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
심폐소생술 보험금(급여) (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 심폐소생술”을 받았을 경우	급여 심폐소생술 1회당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

급여 심폐소생술 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 심폐소생술”은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-12호, 2025.2.1 시행)」중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위 명칭	진료행위코드
(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(15분까지)	M1583
(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(15분을초과하여30분까지)	M1584
(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(30분을초과하여45분까지)	M1585
(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(45분을초과하여60분까지)	M1586
(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(60분초과1일당)	M1587
심폐소생술(15분까지)	M5873
심폐소생술(15분을초과하여30분까지)	M5874
심폐소생술(30분을초과하여45분까지)	M5875
심폐소생술(45분을초과하여60분까지)	M5876
심폐소생술(60분초과1일당)	M5877

· 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」등의 관련법령을 개정으로 진료행위 분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

1. 심폐소생술 보험금(급여) (제5조)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암다빈치로봇수술특약
(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 암다빈치로봇수술특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암다빈치로봇수술특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니

다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에

서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직

(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[“진단이 가능하지 않을 때”의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("다빈치로봇을 이용한 수술"의 정의)

이 특약에서 “다빈치로봇을 이용한 수술”이라 함은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사 (치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 다빈치로봇을 이용하여 수술을 하는 것을 말합니다.

[다빈치로봇을 이용한 수술]

다빈치(da Vinci)로봇을 이용한 수술이란 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술과정의 전체 혹은 일부분을 다빈치(da Vinci)로봇 기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]를 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 (이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “다빈치로봇을 이용한 수술”을 받은 경우
   : 암다빈치로봇수술보험금(다만, 최초1회의 수술에 한하며, 최초계약의 계약일부터 180일 미만에 수술을 받았을 경우에는 25%를 지급하고 최초계약의 계약일부터 180일 이상 1년 미만에 수술을 받았을 경우에는 50%를 지급합니다)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표((별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다..

③ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 180일 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 경우에는 약정한 보험금의 25%를 지급하고, 최초계약의 계약일부터 180일 이상 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 암다빈치로봇수술보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 중 어느 하나에 대하여 암다빈치로봇수술보험금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

⑤ 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는

그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 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 결정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에

서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입 면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 갱신계약의 경우 “암다빈치로봇수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “암다빈치로봇수술보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

   [실종선고]
   부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 “실종기간”이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연

월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 “추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우”는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회

복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “최초계약의 계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 암다빈치로봇수술보험금을 계산할 때에 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

감액 이후의 「이미 납입한 보험료」

$$=\text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ 「감액 전 이미 납입한 보험료」는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보

험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이

되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주

계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 암 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3

영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
암다빈치로봇수술보험금 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “다빈치로봇을 이용한 수술”을 받은 경우 (다만, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 180일 미만에 수술을 받았을 경우 : 25% 지급 최초계약의 계약일부터 180일 이상 1년 미만에 수술을 받았을 경우 : 50% 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
4. 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 또는 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 암다빈치로봇수술보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선

암” 중 어느 하나에 대하여 암다빈치로봇수술보험금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

5. 갱신계약의 경우 “암다빈치로봇수술보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “암다빈치로봇수술보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 ‘1. 보장대상이 되는 재해’ ②에 해당하는 감염병은, ‘2. 보험금을 지급하지 않는 재해’ ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

<table>
<tr><th>구분</th><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="4">수술보험금
(제5조)
및
계약자적립액
(제13조 제5항)</td><td>지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td>지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율
+가산이율(4.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율
+가산이율(6.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 91일이후 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율
+가산이율(8.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">해약환급금
(제22조 제1항)</td><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암다빈치로봇수술특약 (갑상선암/전립선암제외)(간편N/갱신형) 약 관

이 특약의 약관은 무배당 암다빈치로봇수술특약(갑상선암/전립선암제외)(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암다빈치로봇수술특약
(갑상선암/전립선암제외)(간편N/갱신형)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융

감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표[기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외]"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)], 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어

C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("다빈치로봇을 이용한 수술"의 정의)

이 특약에서 “다빈치로봇을 이용한 수술”이라 함은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사 (치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 다빈치로봇을 이용하여 수술을 하는 것을 말합니다.

[다빈치로봇을 이용한 수술]
다빈치(da Vinci)로봇을 이용한 수술이란 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술과정의 전체 혹은 일부분을 다빈치(da Vinci)로봇 기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci) 기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]를 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 (이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후 “기타피부암”으로 진단 확정되고, 그 “암” 또는 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 “다빈치 로봇을 이용한 수술”을 받은 경우
   : 암다빈치로봇수술보험금(갑상선암/전립선암제외)(다만, 최초 1회의 수술에 한하며, 최초계약의 계약일부터 180일 미만에 수술을 받았을 경우에는 25%를 지급하고 최초계약의 계약일부터 180일 이상 1년 미만에 수술을 받았을 경우에는 50%를 지급합니다)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 180일

미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 경우에는 약정한 보험금의 25%를 지급하고, 최초계약의 계약일부터 180일 이상 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암” 또는 “기타피부암”으로 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 암다빈치로봇수술보험금 지급사유가 발생한 경우 “암” 또는 “기타피부암” 중 어느 하나에 대하여 암다빈치로봇수술보험금(갑상선암/전립선암제외)을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

⑤ 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 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 결정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입

면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 갱신계약의 경우 “암다빈치로봇수술보험금(갑상선암/전립선암제외)”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “암다빈치로봇수술보험금(갑상선암/전립선암제외)”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

   [실종선고]
   부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연

월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력

회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “최초계약의 계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 "전립선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 암다빈치로봇수술보험금을 계산할 때에 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

감액 이후의 「이미 납입한 보험료」

$$=\text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ 「감액 전 이미 납입한 보험료」는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보

험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 "전립선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여

90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는

보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 암 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약

환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
암다빈치로봇 수술보험금 (갑상선암/전립선암제외) (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암”으로 진단 확정되고, 그 “암” 또는 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 “다빈치로봇을 이용한 수술”을 받은 경우 (다만, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 180일 미만에 수술을 받았을 경우 : 25% 지급 최초계약의 계약일부터 180일 이상 1년 미만에 수술을 받았을 경우 : 50% 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
4. 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암” 또는 “기타피부암”으로 암다빈치로봇수술보험금(갑상선암/전립선암제외) 지급사유가 발생한 경우 “암” 또는 “기타피부암” 중 어느 하나에 대하여 암다빈치로봇수술보험금(갑상선암/전립선암제외)을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

5. 갱신계약의 경우 “암다빈치로봇수술보험금(갑상선암/전립선암제외)”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “암다빈치로봇수술보험금(갑상선암/전립선암제외)”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)
1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가

개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은, '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
[기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외]

① 약관에서 규정하는 “악성 신생물(암)”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 음경의 악성 신생물(암)	C60
10. 고환의 악성 신생물(암)	C62
11. 기타 및 상세불명의 남성생식기관의부분의 악성 신생물(암)	C63
12. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
13. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
14. 부신의 악성 신생물(암)	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
16. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
17. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
19. 진성 적혈구증가증	D45

분류항목	분류코드
20. 골수형성이상증후군	D46
21. 만성 골수증식질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44), 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73) 및 전립선의 악성 신생물(암, 분류코드 C61)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 수술보험금 (제5조) 및 계약자적립액 (제13조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암수술특약H(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 무배당 암수술특약H(간편N)를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암수술특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)에서 정한 경계성종양, 제5조 (“제자리암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암은 제외합니다.

② “암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration

biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 위 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직

을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병을 말하며, 암, 제5조("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암과는 구분됩니다.

② 경계성종양의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 6) "제자리신생물 분류표"에서 정한 질병을 말하며, 암,

경계성종양과는 구분됩니다.

② "제자리암"의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "제자리암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("수술"의 정의와 장소)

① 이 특약에서 "수술" 이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 '특정 행위'란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸

리, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 '특정 행위'에서 제외합니다.

② 제1항의 "수술"에서 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 수술에 포함된 경우에는 "수술"로 봅니다.

③ 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

④ 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "암"으로 진단이 확정되고 그 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 : 암수술비

(다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우

: 경계성종양수술비

(다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “제자리암”으로 진단이 확정되고 그 “제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우

: 제자리암수술비

(다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 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 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정

합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해

지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경

우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)

이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는

경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여

드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후에 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까

지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
암 수술비 (제7조 1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암”으로 진단확정되고, 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우	최초 수술 시 150만원 2회 이후 수술 시 1회당 50만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
경계성종양 수술비 (제7조 2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”으로 진단확정되고, 그 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우	수술 1회당 50만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
제자리암 수술비 (제7조 3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “제자리암”으로 진단확정되고, 그 “제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우	수술 1회당 50만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

㈜

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표

① 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 기타 피부의 악성신생물(암)	C44
7. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
8. 유방의 악성신생물(암)	C50
9. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
10. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
11. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
13. 갑상선의 악성신생물(암)	C73
14. 부신의 악성신생물(암)	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
16. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80

분류항목	분류코드
17. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
19. 진성 적혈구 증가증	D45
20. 골수 형성이상 증후군	D46
21. 만성 골수증식 질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판 혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

경계성종양 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

제자리신생물 분류표

① 약관에서 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제4항 관련)

1. 보험금 (제7조) 및 계약자적립액 (제13조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사 표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암수술특약L(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 무배당 암수술특약L(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암수술특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)에서 정한 경계성종양, 제5조 (“제자리암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암은 제외합니다.

② “암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration

biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 위 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직

을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병을 말하며, 암, 제5조("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암과는 구분됩니다.

② 경계성종양의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 6) "제자리신생물 분류표"에서 정한 질병을 말하며, 암,

경계성종양과는 구분됩니다.

② "제자리암"의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "제자리암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("수술"의 정의와 장소)

① 이 특약에서 "수술" 이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 '특정 행위'란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸

리, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 '특정 행위'에서 제외합니다.

② 제1항의 "수술"에서 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 수술에 포함된 경우에는 "수술"로 봅니다.

③ 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

④ 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "암"으로 진단이 확정되고 그 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 : 암수술비

(다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우

: 경계성종양수술비

(다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “제자리암”으로 진단이 확정되고 그 “제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우

: 제자리암수술비

(다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 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 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정

합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해

지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된

경우

⑧ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19

조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비

적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2.「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후에 해지될 경우의 해약환급금은「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
암 수술비 (제7조 1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암”으로 진단확정되고, 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우	최초 수술 시 150만원 2회 이후 수술 시 1회당 50만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
경계성종양 수술비 (제7조 2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”으로 진단확정되고, 그 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우	수술 1회당 50만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
제자리암 수술비 (제7조 3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “제자리암”으로 진단확정되고, 그 “제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우	수술 1회당 50만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

㈜

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표

① 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 기타 피부의 악성신생물(암)	C44
7. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
8. 유방의 악성신생물(암)	C50
9. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
10. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
11. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
13. 갑상선의 악성신생물(암)	C73
14. 부신의 악성신생물(암)	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
16. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80

분류항목	분류코드
17. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
19. 진성 적혈구 증가증	D45
20. 골수 형성이상 증후군	D46
21. 만성 골수증식 질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판 혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

경계성종양 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

제자리신생물 분류표

① 약관에서 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제22조 제4항 관련)

1. 보험금 (제7조)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당

암요양병원입원특약(간편N/갱신형)

약 관

이 특약의 약관은 무배당 암요양병원입원특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암요양병원입원특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약

의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표” 또는 (별표 5) “경계성종양 분류표” 또는 (별표 6) “제자리신생물 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며 이 경우 "암"의 진단 확정시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로

분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
[예시]
C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 전립선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[“진단이 가능하지 않을 때”의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“요양병원 입원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “요양병원 입원”이라 함은 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 규정한 병원급 의료기관 중 국내의 요양병원 및 이에 상응하는 ‘국외의 의료 관련

법에서 정한 의료기관’(이하 “요양병원”이라 합니다)에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암”으로 진단확정 되고 그 암의 치료를 목적으로 1일 이상 “요양병원 입원”을 하였을 경우 보험수익자에게 약정한 암요양병원입원비[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]를 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

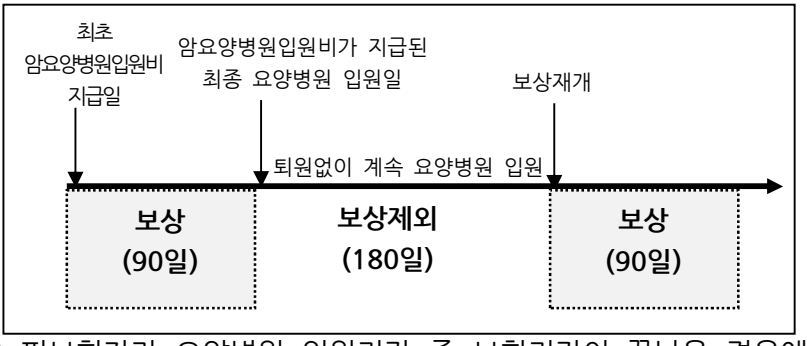
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 암요양병원입원비의 지급일수는 1회 요양병원 입원당 90일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 요양병원 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 요양병원 입원일을 기준으로 1회 요양병원 입원당 90일을 최고한도로 하여 계산합니다.

④ 피보험자가 동일한 암의 치료를 목적으로 요양병원 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 요양병원 입원으로 보고 각 요양병원 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 암의 치료를 목적으로 한 요양병원 입원이라도 암요양병원입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후의 요양병원 입원은 새로운 요양병원 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암요양병원입원비가 지급된 최종 요양병원 입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 요양병원 입원중인 경우에는 암요양병원입원비가 지급된 최종 요양병원 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 피보험자가 요양병원 입원기간 중 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속중인 요양병원 입원기간에 대하여도 제3항의 규정에 따라 암요양병원입원비를 지급합니다.

⑦ 제3항 및 제6항의 경우 계속입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 요양병원 입원을 하는 것을 뜻하며, 제8항에 해당하는 경우에도 포함합니다.

⑧ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암의 치료를 목적으로 요양병원 입원을 할 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑨ 제3항 및 제5항에도 불구하고 이 특약의 최초계약 계약일부

터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지 동일한 암으로 인한 암요양병원입원비 누적 지급일수는 365일을 한도로 합니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 암이 완치된 이후 재진단을 받는 경우에는 동일한 암으로 보지 않고, 새로운 암으로 보아 보장하여 드립니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유 없이 요양병원 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 경우에 회사는 암요양병원입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑬ 제12항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률

의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑰ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑱ 제17항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑲ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑳ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉒ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 입 · 퇴원확인서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기

관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다. 다만, 보험금 청구를 위한 입·퇴원확인서의 경우 요양병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표7 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진

단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등 으로 알려 드립니다. 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하

지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법 원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 제2항에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특

약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을

적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준

용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항의 규정을 따릅니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급내용
암요양병원입원비 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 목적으로 1일 이상 요양병원 입원을 하였을 경우(1회 입원당 90일 한도)	요양병원 입원일수 1일당 2만원

(주)

1. 보험기간 중 이 특약의 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 제2호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 이 특약의 최초계약 계약일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지 동일한 암으로 인한 암요양병원입원비 누적 지급일수는 365일을 한도로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호,

2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표

① 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 흑색종	C43
6. 기타 피부의 악성신생물(암)	C44
7. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
8. 유방의 악성신생물(암)	C50
9. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
10. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
11. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
13. 갑상선의 악성신생물(암)	C73
14. 부신의 악성신생물(암)	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
16. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80

분류항목	분류코드
17. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
19. 진성 적혈구 증가증	D45
20. 골수 형성이상 증후군	D46
21. 만성 골수증식 질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판 혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

경계성종양 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

제자리신생물 분류표

① 약관에서 규정하는 '제자리암'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암요양병원입원비 (제5조) 계약자적립액 (제13조 제5항)	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%)
해약환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암주요치료특약
(기타피부암,갑상선암)
(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 암주요치료특약(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암주요치료특약
(기타피부암,갑상선암)
(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제19조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조 ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 "기타피부암" 및 제2항에서 정의한 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 10

년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “기타피부암”의 진

단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
[예시]
C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

④ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑥ 제1항 및 제2항의 경우 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

⑦ 제1항 및 제2항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산

하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 '특정 행위'에서 제외합니다.

② 제1항의 "암수술"에서 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된 경우에는 "암수술"로 봅니다.

제5조 ("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("암주요치료"의 정의)

① "암주요치료"에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식을 억제하기 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암주요치료”로 봅니다.

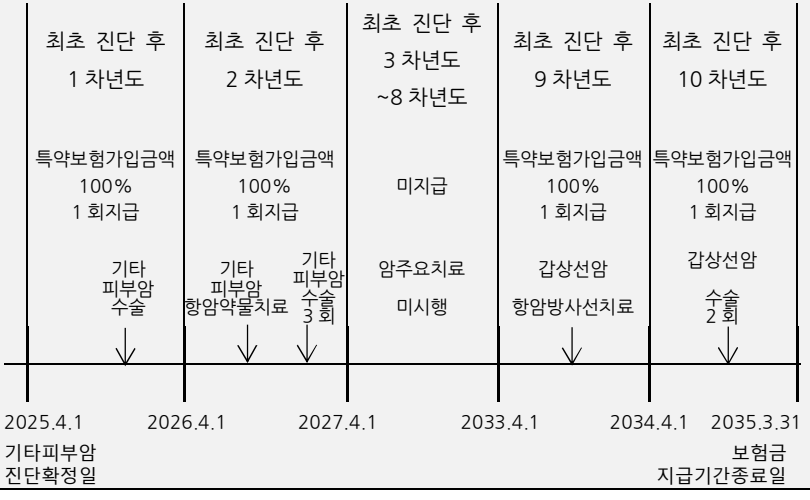
제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 “암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, “암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))

[암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암) 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
기타피부암 최초진단 확정일 : 2025년 4월 1일
갑상선암 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 후 1차년도	최초 진단 후 2차년도	최초 진단 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 후 9차년도	최초 진단 후 10차년도
기타피부암 수술 1,000만원	기타피부암 항암약물치료 1,000만원	암주요치료 미시행	갑상선암 항암방사선치료 1,000만원	갑상선암 수술 2회 1,000만원
	기타피부암 수술 3회 미지급			



제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 보장개시일 이후 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”을 지급합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("암주요치료"의 정의) 제1항에서 정한 암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “암주요치료보

험금(기타피부암,갑상선암)”을 연간 1회만 지급합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제14조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나

다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니

다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제22조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력

을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우

5. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 및 제4호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호 및 제4호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제22조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제18조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립

니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제19조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약

의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우
3. 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정된 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해

지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
암주요치료보험금 (기타피부암,갑상선암) (제 7 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 (다만, “암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. “보험금 지급기간”이라 함은 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
4. 이 특약에서 “연간”이란 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제15조 제5항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암주요치료 보험금 (기타피부암, 갑상선암) (제7조) 및 계약자적립액 (제15조 제5항)	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%)
해약환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암주요치료특약 (기타피부암 및 갑상선암 제외)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 암주요치료특약(기타피부암 및 갑상선암 제외)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암주요치료특약 (기타피부암 및 갑상선암 제외)(연간1회한,최대10회)(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제19조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 "암"의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이

되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서

정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험

자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 ‘특정 행위’에서 제외합니다.

② 제1항의 “암수술”에서 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된

경우에는 “암수술”로 봅니다.

제5조 (“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("암주요치료"의 정의)

① “암주요치료”에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식을 억제하기 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는

약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암주요치료”로 봅니다.

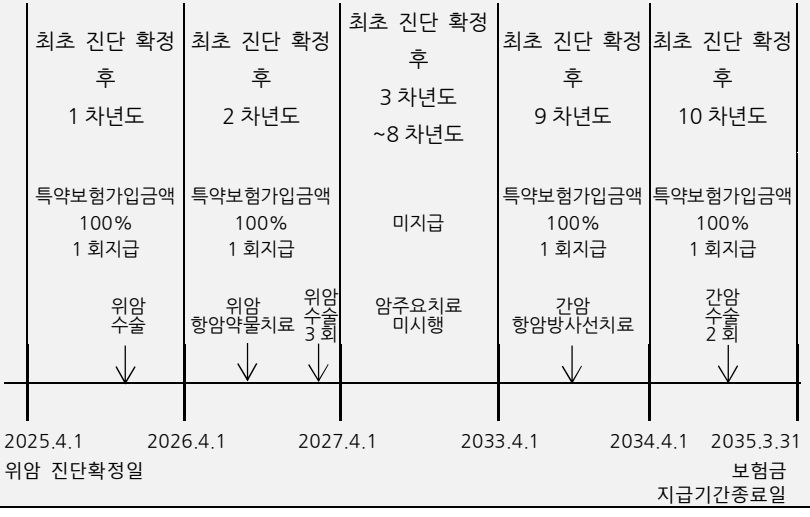
제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제20조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 “암주요치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만,“암주요치료보험금”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))

[암주요치료보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
위의 악성신생물(C16) 최초 진단 확정일 : 2025년 4월 1일
간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 확정 후 1차년도	최초 진단 확정 후 2차년도	최초 진단 확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 확정 후 9차년도	최초 진단 확정 후 10차년도
위암(C16) 수술 1,000만원	위암(C16) 항암약물치료 1,000만원	암주요치료 미시행	간암(C22) 항암방사선치료 1,000만원	간암(C16) 수술 2회 1,000만원
	위암(C16) 수술 3회 미지급			



제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 최초 암 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “암 진단해당일”(최초 암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “암 진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “암 진단해당일”로 합니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 "암”으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “암주요치료보험금”을 지급합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 "암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("암주요치료"의 정의) 제1항에서 정한 암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “암주요치료보험금”을 연간 1회만 지급합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되

지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나

의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등

으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제14조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동

의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제22조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된

경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우
5. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 및 제4호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니

다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호 및 제4호의 경우 회사는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산" 과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없

는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제22조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복)) 에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 [“최초계약의 보험계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정 된 경우

제18조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제19조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험

기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우
3. 제7조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 최초 진단 확정된 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다. 그러나 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제22조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며,

이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정된 경우에는 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공

하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지급사유	지급금액
암주요치료보험금 (제 7 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 (다만,“암주요치료보험금”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. “보험금 지급기간”이라 함은 최초 “암” 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
4. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.
5. 이 특약에서 “연간”이란 최초 암 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “암 진단해당일”(최초 암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합

니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “암 진단해당일”이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 “암 진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제15조 제5항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암주요치료 보험금 (제7조) 및 계약자적립액 (제15조 제5항)	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%)
해약환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암주요치료특약H
(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)
(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 암주요치료특약H(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암주요치료특약H
(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)
(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조 ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 "기타피부암" 및 제

2항에서 정의한 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

④ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle

aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑥ 제1항 및 제2항의 경우 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

⑦ 제1항 및 제2항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 ‘특정 행위’에서 제외합니다.

② 제1항의 “암수술”에서 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된 경우에는 “암수술”로 봅니다.

제5조 (“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만,

항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("암주요치료"의 정의)

① “암주요치료”에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식을 억제하기 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암주요치료”로 봅니다.

제7조 (보험금의 지급사유)

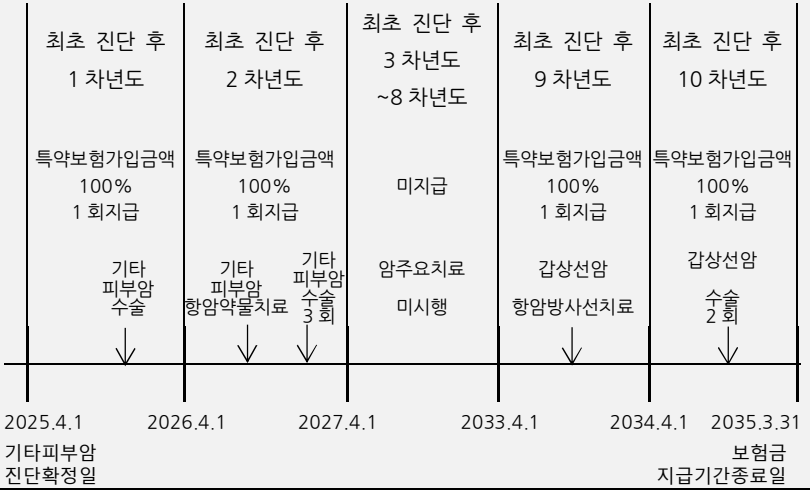
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑

상선암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 “암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, “암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))

[암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암) 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
기타피부암 최초진단 확정일 : 2025년 4월 1일
갑상선암 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 후 1차년도	최초 진단 후 2차년도	최초 진단 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 후 9차년도	최초 진단 후 10차년도
기타피부암 수술 1,000만원	기타피부암 항암약물치료 1,000만원	암주요치료 미시행	갑상선암 항암방사선치료 1,000만원	갑상선암 수술 2회 1,000만원
	기타피부암 수술 3회 미지급			



제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 보장개시일 이후 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("암주요치료"의 정의) 제1항에서 정한 암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단

에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생

장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험

금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호 및 제3호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이

지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납

하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한

경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

> **[해약환급금 관련 유의사항]**
> 1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
> 2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약

환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
암주요치료보험금 (기타피부암,갑상선암) (제 7 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 (다만, “암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. “보험금 지급기간”이라 함은 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 또한, 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없으며 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
4. 이 특약에서 “연간”이란 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에

“진단해당일”이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암주요치료 보험금 (기타피부암, 갑상선암) (제7조) 및 계약자적립액(제13조 제5항)	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%)
해약환급금 (제22조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암주요치료특약H
(기타피부암,갑상선암제외)
(연간1회한,최대10회)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 암주요치료특약H(기타피부암,갑상선암제외)(연간1회한,최대10회)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암주요치료특약H
(기타피부암,갑상선암 제외)(연간1회한,최대10회)
(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 "암"의 최초 진

단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드

C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위

원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 '특정 행위'에서 제외합니다.

② 제1항의 "암수술"에서 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된 경우에는 "암수술"로 봅니다.

제5조 ("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("암주요치료"의 정의)

① "암주요치료"에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식을 억제하기 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암주요치료”로 봅니다.

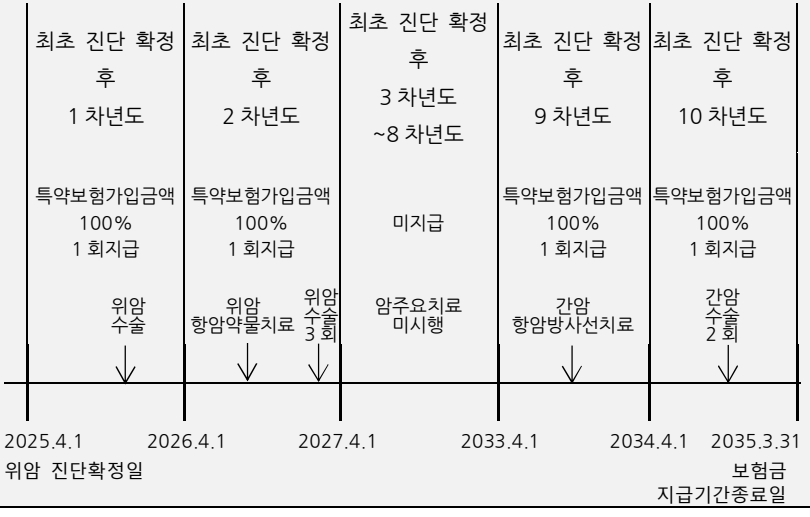
제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 “암주요치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만,“암주요치료보험금”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))

[암주요치료보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
위의 악성신생물(C16) 최초 진단 확정일 : 2025년 4월 1일
간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 확정 후 1차년도	최초 진단 확정 후 2차년도	최초 진단 확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 확정 후 9차년도	최초 진단 확정 후 10차년도
위암(C16) 수술 1,000만원	위암(C16) 항암약물치료 1,000만원	암주요치료 미시행	간암(C22) 항암방사선치료 1,000만원	간암(C16) 수술 2회 1,000만원
	위암(C16) 수술 3회 미지급			



제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 최초 암 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “암 진단해당일”(최초 암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “암 진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “암 진단해당일”로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 "암”으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “암주요치료보험금”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 "암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("암주요치료"의 정의) 제1항에서 정한 암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “암주요치료보험금”을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결

정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해

지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요

한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으

로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호 및 제3호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의

및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정 된 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조

(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암 보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정된 경우에는 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료

납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지급사유	지급금액
암주요치료보험금 (제 7 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 (다만,“암주요치료보험금”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. “보험금 지급기간”이라 함은 최초 “암” 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 또한, 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “암”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없으며 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
4. 이 특약의 암보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
5. 이 특약에서 “연간”이란 최초 암 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “암 진단해당일”(최초 암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “암 진단해당일”이 없

는 경우 해당월의 마지막 날을 “암 진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암주요치료 보험금 (제7조)및 계약자 적립액(제13조 제5항)	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%)
해약환급금 (제22조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암주요치료특약L
(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)
(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 암주요치료특약L(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)(간편N)** 을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암주요치료특약L
(기타피부암,갑상선암)(연간1회한,최대10회)
(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조 ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 "기타피부암" 및 제

2항에서 정의한 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

④ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle

aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑥ 제1항 및 제2항의 경우 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

⑦ 제1항 및 제2항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 ‘특정 행위’에서 제외합니다.

② 제1항의 “암수술”에서 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된 경우에는 “암수술”로 봅니다.

제5조 (“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만,

항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("암주요치료"의 정의)

① “암주요치료”에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식을 억제하기 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암주요치료”로 봅니다.

제7조 (보험금의 지급사유)

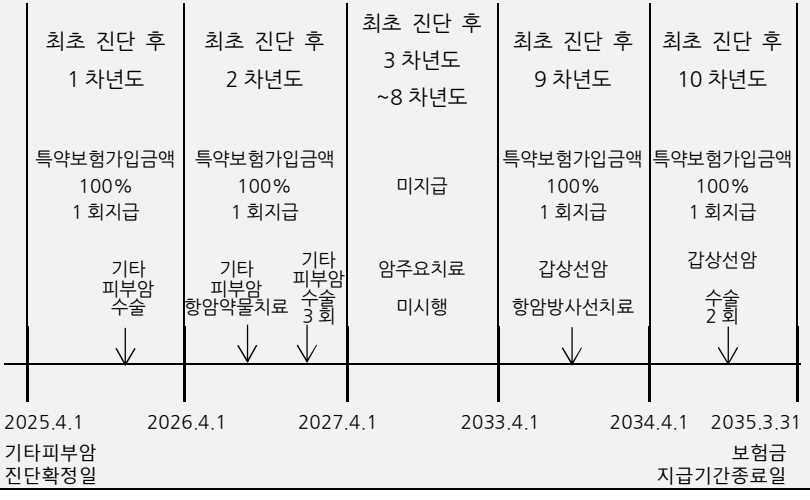
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑

상선암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 “암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, “암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))

[암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암) 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
기타피부암 최초진단 확정일 : 2025년 4월 1일
갑상선암 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 후 1차년도	최초 진단 후 2차년도	최초 진단 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 후 9차년도	최초 진단 후 10차년도
기타피부암 수술 1,000만원	기타피부암 항암약물치료 1,000만원	암주요치료 미시행	갑상선암 항암방사선치료 1,000만원	갑상선암 수술 2회 1,000만원
	기타피부암 수술 3회 미지급			



제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 보장개시일 이후 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("암주요치료"의 정의) 제1항에서 정한 암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단

에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생

장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험

금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이

없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의

해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간

이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표4) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
암주요치료보험금 (기타피부암,갑상선암) (제 7 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 (다만, “암주요치료보험금(기타피부암,갑상선암)”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회 지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. “보험금 지급기간”이라 함은 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “진단해당일”(최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “진단해당일”이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 “진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제22조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암주요치료 보험금 (기타피부암, 갑상선암) (제7조)	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%)
해약환급금 (제22조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암주요치료특약L
(기타피부암 및 갑상선암 제외)
(연간1회한,최대10회)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 암주요치료특약L(기타피부암 및 갑상선암 제외)(연간1회한,최대10회)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암주요치료특약L
(기타피부암 및 갑상선암 제외)(연간1회한,최대10회)
(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
   나. 보험금 지급기간: 제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 "암"의 최초 진

단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드

C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“암수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “암수술” 이라 함은 병원에서 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이때 ‘특정 행위’란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위

원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)]등은 '특정 행위'에서 제외합니다.

② 제1항의 "암수술"에서 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 암수술에 포함된 경우에는 "암수술"로 봅니다.

제5조 ("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제6조 ("암주요치료"의 정의)

① "암주요치료"에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식을 억제하기 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 제1호에서 제4호 이외의 “암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암주요치료”로 봅니다.

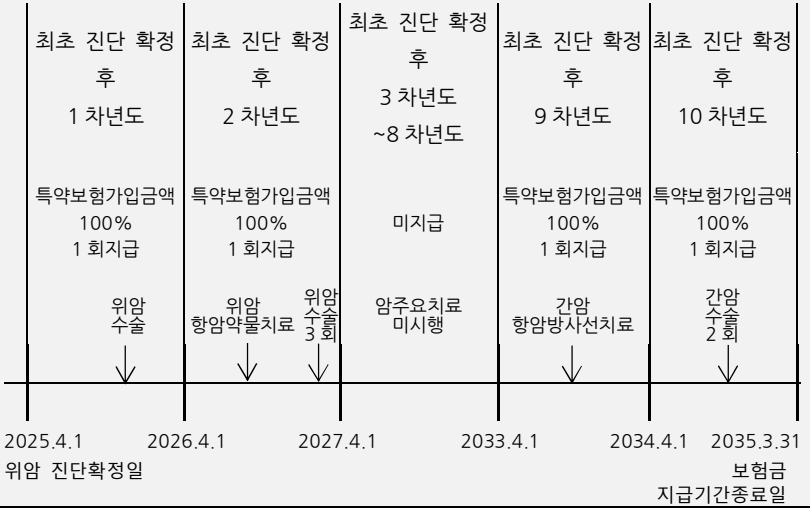
제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 “암주요치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만,“암주요치료보험금”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))

[암주요치료보험금 지급예시]

계약일 : 2024년 1월 1일
보험가입금액 1,000만원
위의 악성신생물(C16) 최초 진단 확정일 : 2025년 4월 1일
간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2033년 12월 20일

최초 진단 확정 후 1차년도	최초 진단 확정 후 2차년도	최초 진단 확정 후 3차년도 ~8차년도	최초 진단 확정 후 9차년도	최초 진단 확정 후 10차년도
위암(C16) 수술 1,000만원	위암(C16) 항암약물치료 1,000만원	암주요치료 미시행	간암(C22) 항암방사선치료 1,000만원	간암(C16) 수술 2회 1,000만원
	위암(C16) 수술 3회 미지급			



제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 최초 암 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “암 진단해당일”(최초 암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “암 진단해당일”이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 “암 진단해당일”로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 "암”으로 최초 진단 확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 (별표 1) "보험금 지급기준표"에서 정한 “암주요치료보험금”을 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 “보험금 지급기간” 이내에 "암”의 직접적인 치료를 목적으로 제6조("암주요치료"의 정의) 제1항에서 정한 암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료를 각각 연간1회 이상 이용한 경우에도 “암주요치료보험금”을 연간 1회만 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결

정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해

지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험

금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 및 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정 된 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때

에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개

시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암 보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정된 경우에는 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

> **[해약환급금 관련 유의사항]**
> 1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
> 2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약

환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지급사유	지급금액
암주요치료보험금 (제 7 조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받은 경우 (다만,“암주요치료보험금”은 최초 진단확정일부터 연간1회에 한하여 최대 10년간 지급함(최대 10회지급))	1,000 만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되거나 암보장개시일 이후 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. “보험금 지급기간”이라 함은 최초 “암” 진단확정일로부터 10년까지의 보험기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
3. 이 특약의 암보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
4. 이 특약에서 “연간”이란 최초 암 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “암 진단해당일”(최초 암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도에 “암 진단해당일”이 없는 경우 해당월의 마지막 날을 “암 진단해당일”로 합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제 10 차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 2 호에서 규정한 제 1 급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 보장여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제22조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
암주요치료 보험금 (제7조)	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%)
해약환급금 (제22조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암직접치료상급종합병원통원특약H (연간30회한)(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 암직접치료상급종합병원통원특약H(연간30회한)(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암직접치료상급종합병원통원특약H
(연간30회한)(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제21조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)], 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합

니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]
C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

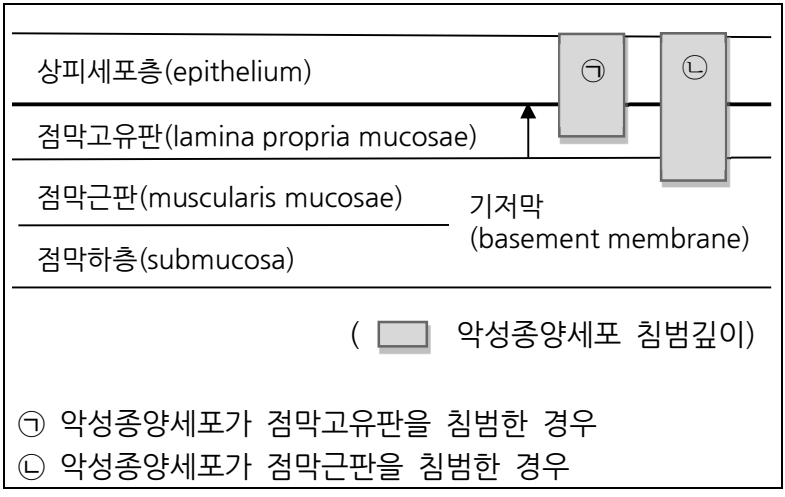
[진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “대장암 중 대장점막내암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하

며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 “대장점막내암”이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습

니다.

[예시]
C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

② "대장점막내암"의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "대장점막내암"의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "대장점막내암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병으로 암, 제6조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "제자리암" 및 "대장점막내암"과는 구분됩니다.

② "경계성종양"의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가

진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 6) “제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.

② “제자리암”의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자

리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 (“통원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 “병원”에 입실(입·퇴원확인서 발급기준)하지 않고 내원하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제9조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제8조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원 지정기준 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우

2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

> **[계약자적립액]**
> 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제11조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제6호의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제10조 (“암의 직접적인 치료”의 정의)

① 이 특약에서 “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동

일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다. 본조에 한하여 암은 “암”, “경계성종양”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “대장점막내암”을 의미합니다.

② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역성 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 동조 제1항 내지 제4항은 “암”, “경계성종양”, “갑상선암”, “기타

피부암”, “제자리암” 및 “대장점막내암”에 적용됩니다.

제11조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금 [(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제22조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 (이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (통원 1회당, 1일 1회에 한함. 연간 30회 한도)
   : 암 직접치료 상급종합병원 통원보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)
   : 경계성종양 직접치료 상급종합병원 통원보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 그 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)
   : 갑상선암 직접치료 상급종합병원 통원보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생

한 경우 50% 감액 지급)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암”으로 진단이 확정되고 그 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우(통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)
   : 기타피부암 직접치료 상급종합병원 통원보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “제자리암”으로 진단이 확정되고 그 “제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우(통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)
   : 제자리암 직접치료 상급종합병원 통원보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대장점막내암”으로 진단이 확정되고 그 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우(통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)
   : 대장점막내암 직접치료 상급종합병원 통원보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제12조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%

이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 “암보장개시일”(“기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암” 및 “대장점막내암”의 경우는 보장개시일) 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제8조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제11조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.

④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제8조(“상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제11조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.

⑤ 제11조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 통원보험금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

⑥ 제11조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑦ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별

판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제11조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제13조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생

하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제14조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제15조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 통원확인서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 “병원”에서 발급한 것이어야 합

니다.

제16조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제15조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제17조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금

을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 "실종기간"이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부

터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제24조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제19조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제20조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제21조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제22조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다. 그러나 “암”에 대한 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일)]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제23조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약

환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제26조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제24조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한

절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제22조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제25조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제26조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제26조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에

따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제27조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정

을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
암 직접치료 상급종합병원 통원보험금 (제11조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 10만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
경계성종양 직접치료 상급종합병원 통원보험금 (제11조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 5만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
갑상선암 직접치료 상급종합병원 통원보험금 (제11조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 그 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	
기타피부암 직접치료 상급종합병원 통원보험금 (제11조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암”으로 진단이 확정되고 그 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	
제자리암 직접치료 상급종합병원 통원보험금 (제11조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “제자리암”으로 진단이 확정되고 그 “제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	

급부명칭	지급사유	지급금액
대장점막내암 직접치료 상급종합병원 통원보험금 (제11조 제6호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대장점막내암”으로 진단이 확정되고 그 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 5만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약의 “암보장개시일”은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
4. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제8조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제11조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.
5. 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제8조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제11조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.
6. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에 규정한 제1급 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 '악성 신생물(암)'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 코 드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분 류 항 목	분 류 코 드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

경계성종양 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

제자리신생물 분류표
(대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한

국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제16조 제2항, 제17조 제5항 및 제26조 제4항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
상급종합병원 통원보험금 (제11조) 및 계약자적립액 (제17조 제5항)	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%)
해약환급금 (제26조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암직접치료상급종합병원통원특약L (연간30회한)(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 암직접치료상급종합병원통원특약L(연간30회한)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암직접치료상급종합병원통원특약L
(연간30회한)(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제21조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)], 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합

니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]
C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

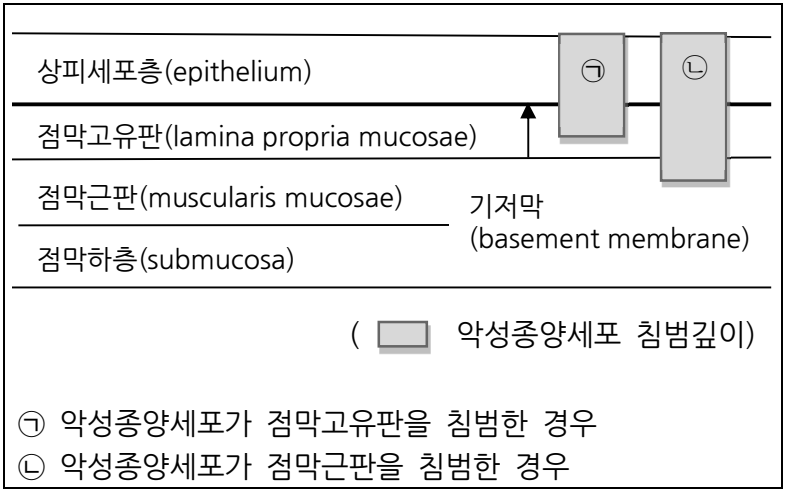
[진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “대장암 중 대장점막내암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하

며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 “대장점막내암”이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습

니다.

[예시]
C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

② "대장점막내암"의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "대장점막내암"의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "대장점막내암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병으로 암, 제6조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "제자리암" 및 "대장점막내암"과는 구분됩니다.

② "경계성종양"의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가

진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 6) “제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.

② “제자리암”의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자

리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 (“통원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 “병원”에 입실(입·퇴원확인서 발급기준)하지 않고 내원하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제9조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제8조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원 지정기준 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우

2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

> **[계약자적립액]**
> 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제11조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제6호의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제10조 (“암의 직접적인 치료”의 정의)

① 이 특약에서 “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동

일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다. 본조에 한하여 암은 “암”, “경계성종양”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “대장점막내암”을 의미합니다.

② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역성 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 동조 제1항 내지 제4항은 “암”, “경계성종양”, “갑상선암”, “기타

피부암”, “제자리암” 및 “대장점막내암”에 적용됩니다.

제11조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금 [(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제22조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 (이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (통원 1회당, 1일 1회에 한함. 연간 30회 한도)
   : 암 직접치료 상급종합병원 통원보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)
   : 경계성종양 직접치료 상급종합병원 통원보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 그 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)
   : 갑상선암 직접치료 상급종합병원 통원보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생

한 경우 50% 감액 지급)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암”으로 진단이 확정되고 그 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우(통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)
   : 기타피부암 직접치료 상급종합병원 통원보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “제자리암”으로 진단이 확정되고 그 “제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우(통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)
   : 제자리암 직접치료 상급종합병원 통원보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대장점막내암”으로 진단이 확정되고 그 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우(통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)
   : 대장점막내암 직접치료 상급종합병원 통원보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제12조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%

이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 “암보장개시일”(“기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암” 및 “대장점막내암”의 경우는 보장개시일) 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제8조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제11조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.

④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제8조(“상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제11조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.

⑤ 제11조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 통원보험금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

⑥ 제11조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑦ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별

판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제11조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제13조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생

하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제14조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제15조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 통원확인서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 “병원”에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제15조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제17조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경

우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 "실종기간"이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제24조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복)) 에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제19조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는

경우

제20조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제21조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제22조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료

납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다. 그러나 “암”에 대한 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일)]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제23조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제26조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제24조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제22조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제25조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제26조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제26조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를

말합니다. 다만, 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
암 직접치료 상급종합병원 통원보험금 (제11조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 10만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
경계성종양 직접치료 상급종합병원 통원보험금 (제11조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 5만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
갑상선암 직접치료 상급종합병원 통원보험금 (제11조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 그 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	
기타피부암 직접치료 상급종합병원 통원보험금 (제11조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암”으로 진단이 확정되고 그 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	
제자리암 직접치료 상급종합병원 통원보험금 (제11조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “제자리암”으로 진단이 확정되고 그 “제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	

급부명칭	지급사유	지급금액
대장점막내암 직접치료 상급종합병원 통원보험금 (제11조 제6호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대장점막내암”으로 진단이 확정되고 그 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 5만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 “암보장개시일”은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
3. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제8조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제11조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.
4. 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제8조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제11조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.
5. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에 규정한 제1급 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 '악성 신생물(암)'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 코 드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분 류 항 목	분 류 코 드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

경계성종양 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

제자리신생물 분류표
(대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한

국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제16조 제2항 및 제26조 제4항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
상급종합병원 통원보험금 (제11조)	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%)
해약환급금 (제26조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암직접치료입원특약
(요양병원제외)(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 암직접치료입원특약(요양병원제외)(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암직접치료입원특약
(요양병원제외)(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제21조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이

특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)], 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 또는 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다) 규정한 병리 또

는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 또는 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험

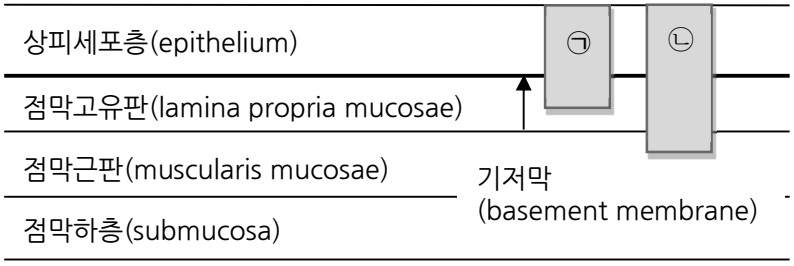
자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 대장점막내암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '대장점막내암'의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '대장점막내암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병으로 암, 제6조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암 및 대장점막내암과는 구분됩니다.

② 경계성종양의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진자에에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합

니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘경계성종양’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 6) “제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 대장점막내암은 제외합니다.

② 제자리암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 ‘제자리암’의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘제자리암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 ("입원"의 정의와 장소)

이 특약에서 "입원"이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원(다만, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 규정한 병원급 의료기관 중 국내의 요양병원 및 이에 상응하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "요양병원"이라 합니다)은 제외합니다)에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 ("암의 직접적인 치료"의 정의)

① 이 특약에서 "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역성 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 동조 제1항에서 제4항은 “암”, “경계성종양”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “대장암 중 대장점막내암”에 적용됩니다.

제9조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금 [(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제22조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우
   (1회 입원당 120일 한도)
   : 암직접치료입원비
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우
   (1회 입원당 120일 한도)
   : 경계성종양직접치료입원비
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우
   (1회 입원당 120일 한도)
   : 갑상선암직접치료입원비
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단이 확정되고 그 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우
   (1회 입원당 120일 한도)
   : 기타피부암직접치료입원비
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단이 확정되고 그 제자리암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우
   (1회 입원당 120일 한도)
   : 제자리암직접치료입원비
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 1일

이상 입원하였을 경우
(1회 입원당 120일 한도)
: 대장점막내암직접치료입원비

제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제21조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약의 피보험자가 요양병원 입원을 하였을 경우에는 제9조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제6호에 해당하는 입원비가 지급되지 않습니다.

④ 제9조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제6호의 경우 피보험자가 제7조(“입원”의 정의와 장소)에서 정한 병원 또는 의원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암, 경계성 종양, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 입원할 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

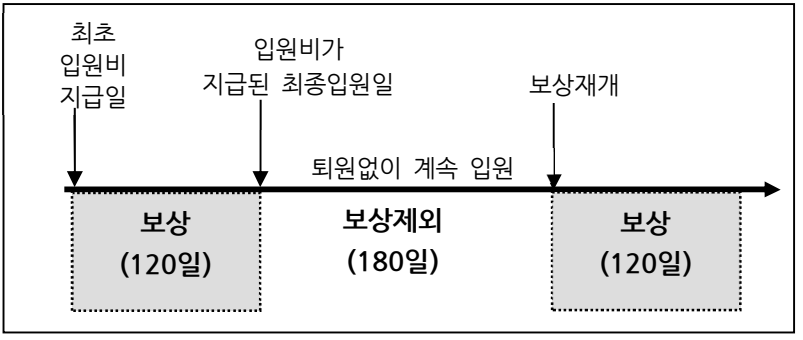
⑤ 제4항의 경우 계속입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 제6항에 해당하는 경우에도 포함합니다.

⑥ 제9조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제6호의 경우 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여도 제7항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.

⑦ 제9조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제6호의 경우 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

⑧ 제9조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제6호의 경우 피보험자가 동일한 암, 경계성종양, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제7항의 규정을 적용합니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 암, 경계성종양, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후의 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 경우에 회사는 암직접치료, 경계성종양직접치료, 갑상선암직접치료, 기타피부암직접치료, 제자리암직접치료 또는 대장점막내암직접치료 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑫ 제11항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그

중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑯ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑱ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑲ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑳ 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉑ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못

할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금,

계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 입퇴원확인서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조 (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, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제16조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제15조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제15조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제24조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보

험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

   【실종선고】
   부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월

일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

> **[계약자적립액]**
> 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제21조(특약의 보험기간 및 갱신) 제2항에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우

2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제24조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복)) 에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제19조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “최초계약의 계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정되어 있는 경우

제20조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제21조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특

약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제22조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제23조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제24조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계

약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제25조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제26조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급내용
암직접치료입원비 (제9조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)	입원일수 1일당 5만원
경계성종양 직접치료입원비 (제9조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)	입원일수 1일당 2만원
갑상선암 직접치료입원비 (제9조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)	입원일수 1일당 2만원
기타피부암 직접치료입원비 (제9조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단이 확정되고 그 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)	입원일수 1일당 2만원
제자리암 직접치료입원비 (제9조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단이 확정되고 그 제자리암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)	입원일수 1일당 2만원
대장점막내암 직접치료입원비 (제9조 제6호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)	입원일수 1일당 2만원

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 제2호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제21조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)일의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날 입니다.
5. 이 특약의 피보험자가 요양병원 입원을 하였을 경우에는 제9조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제6호에 해당하는 입원비가 지급되지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호,

2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 '악성 신생물(암)'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 코 드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분 류 항 목	분 류 코 드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(C44) 및 갑상선의 악성 신생물(C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

경계성종양 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

제자리신생물 분류표
(대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 제자리암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한

국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항, 제17조 제5항 및 제26조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
입원보험금 (제9조 제1호에서 제6호) 계약자적립액 (제17조 제5항)	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%)
해약환급금 (제26조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암직접치료통원특약H
(연간30회한)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 암직접치료통원특약H(연간30회한)(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암직접치료통원특약H
(연간30회한)(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제19조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)], 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합

니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]
C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

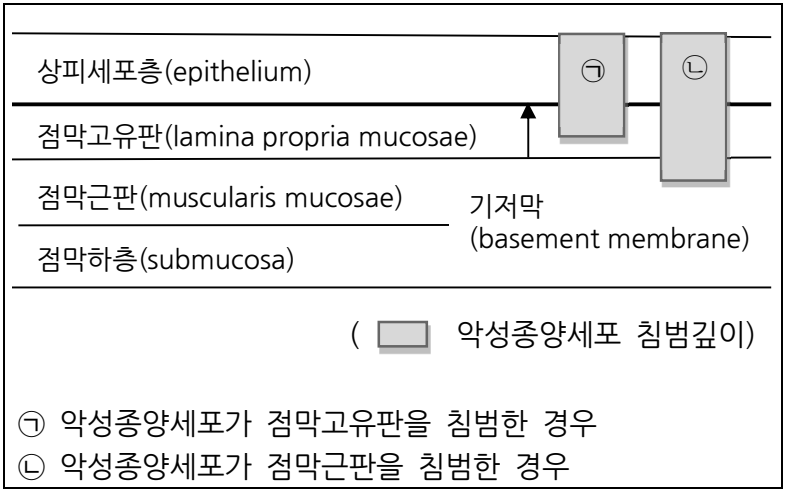
[진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “대장암 중 대장점막내암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에

해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 “대장점막내암”이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습

니다.

[예시]
C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

② "대장점막내암"의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "대장점막내암"의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "대장점막내암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병으로 암, 제6조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "제자리암" 및 "대장점막내암"과는 구분됩니다.

② "경계성종양"의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가

진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 6) “제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.

② “제자리암”의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자

리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 (“통원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 “병원”에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하지 않고 내원하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (“암의 직접적인 치료”의 정의)

① 이 특약에서 “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다. 본조에 한하여 암은 “암”, “경계성종양”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “대장점막내암”을 의미합니다.

② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역성 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 동조 제1항 내지 제4항은 “암”, “경계성종양”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “대장점막내암”에 적용됩니다.

제9조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금 [(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제20조(보험료의 납입 및

회사의 보장개시) 제4항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 (이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (통원 1회당, 1일 1회에 한함. 연간 30회 한도)

: 암 직접치료 통원보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)

: 경계성종양 직접치료 통원보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 그 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)

: 갑상선암 직접치료 통원보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암”으로 진단이 확정되고 그 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우(통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)

: 기타피부암 직접치료 통원보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “제자리암”으로 진단이 확정되고 그 “제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우(통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)

: 제자리암 직접치료 통원보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대장점막내암”으로 진단이 확정되고 그 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우(통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)
: 대장점막내암 직접치료 통원보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 “암보장개시일”(“기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암” 및 “대장점막내암”의 경우는 보장개시일) 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제9조(보험금의 지급사유)의 통원보험금의 지급횟수는 1일당

1회에 한하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

④ 제9조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급

률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나

보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 통원확인서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자

적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 “병원”에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

   [실종선고]
   부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 "실종기간"이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하

는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제22조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제18조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없

거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제19조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다. 그러나 “암”에 대한 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일)]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는

날의 다음 날로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제20조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은

산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
암 직접치료 통원보험금 (제9조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
경계성종양 직접치료 통원보험금 (제9조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
갑상선암 직접치료 통원보험금 (제9조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 그 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
기타피부암 직접치료 통원보험금 (제9조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암”으로 진단이 확정되고 그 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

급부명칭	지급사유	지급금액
제자리암 직접치료 통원보험금 (제9조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “제자리암”으로 진단이 확정되고 그 “제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
대장점막내암 직접치료 통원보험금 (제9조 제6호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대장점막내암”으로 진단이 확정되고 그 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약의 “암보장개시일”은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
4. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에 규정한 제1급 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 '악성 신생물(암)'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 코 드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분 류 항 목	분 류 코 드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

경계성종양 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

제자리신생물 분류표
(대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한

국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항, 제15조 제5항 및 제24조 제4항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
통원보험금(제9조) 및 계약자적립액(제15조 제5항)	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%)
해약환급금(제24조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암직접치료통원특약L
(연간30회한)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 암직접치료통원특약L(연간30회한)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암직접치료통원특약L
(연간30회한)(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제19조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)], 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합

니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]
C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

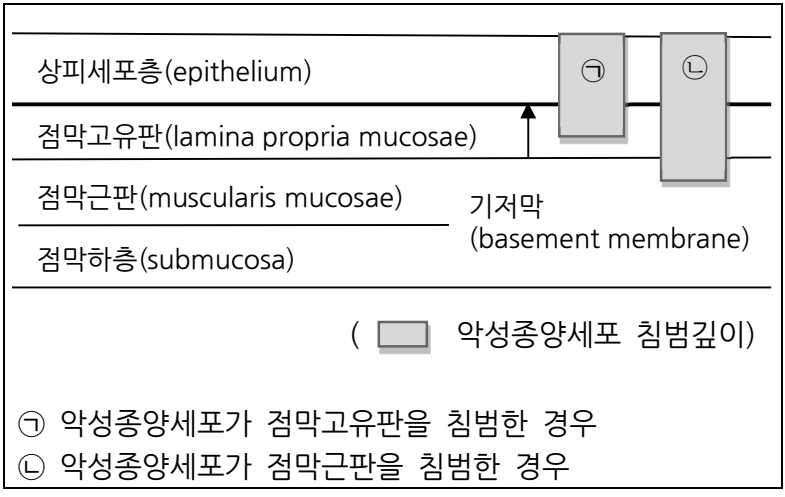
[진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “대장암 중 대장점막내암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에

해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 “대장점막내암”이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습

니다.

[예시]
C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

② "대장점막내암"의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "대장점막내암"의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "대장점막내암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "경계성종양"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) "경계성종양 분류표"에서 정한 질병으로 암, 제6조 ("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "제자리암" 및 "대장점막내암"과는 구분됩니다.

② "경계성종양"의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가

진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 6) “제자리신생물 분류표(대장점막내암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “대장점막내암”은 제외합니다.

② “제자리암”의 진단확정은 병원의 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자

리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 (“통원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 “병원”에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하지 않고 내원하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (“암의 직접적인 치료”의 정의)

① 이 특약에서 “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다. 본조에 한하여 암은 “암”, “경계성종양”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “대장점막내암”을 의미합니다.

② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역성 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 동조 제1항 내지 제4항은 “암”, “경계성종양”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “대장점막내암”에 적용됩니다.

제9조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금 [(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제20조(보험료의 납입 및

회사의 보장개시) 제4항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 (이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (통원 1회당, 1일 1회에 한함. 연간 30회 한도)

: 암 직접치료 통원보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)

: 경계성종양 직접치료 통원보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 그 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)

: 갑상선암 직접치료 통원보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암”으로 진단이 확정되고 그 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우(통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)

: 기타피부암 직접치료 통원보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “제자리암”으로 진단이 확정되고 그 “제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우(통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)

: 제자리암 직접치료 통원보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대장점막내암”으로 진단이 확정되고 그 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우(통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)
: 대장점막내암 직접치료 통원보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 “암보장개시일”(“기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암” 및 “대장점막내암”의 경우는 보장개시일) 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제9조(보험금의 지급사유)의 통원보험금의 지급횟수는 1일당

1회에 한하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

④ 제9조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급

률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나

보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 통원확인서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자

적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 “병원”에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된

경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 "실종기간"이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)

이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제22조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었

거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제18조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제19조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다. 그러나 “암”에 대한 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일)]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금

이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며,

이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제20조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
암 직접치료 통원보험금 (제9조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
경계성종양 직접치료 통원보험금 (제9조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
갑상선암 직접치료 통원보험금 (제9조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 그 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
기타피부암 직접치료 통원보험금 (제9조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암”으로 진단이 확정되고 그 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

급부명칭	지급사유	지급금액
제자리암 직접치료 통원보험금 (제9조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “제자리암”으로 진단이 확정되고 그 “제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
대장점막내암 직접치료 통원보험금 (제9조 제6호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대장점막내암”으로 진단이 확정되고 그 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 “암보장개시일”은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
3. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에 규정한 제1급 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 '악성 신생물(암)'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 코 드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분 류 항 목	분 류 코 드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

경계성종양 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3 D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

제자리신생물 분류표
(대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한

국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항 및 제24조 제4항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
통원보험금 (제9조)	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%)
해약환급금 (제24조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

(무)암진단특약(간편N/갱신형)

약 관

이 특약의 약관은 (무)암진단특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

(무)암진단특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표3) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표4) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제19조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약

의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 제4조("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암, 제5조("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암, 제6조("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 초기유방암(여성에 한함), 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암, 기타피부암 및 전립선암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암, 기타피부암 및 전립선암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

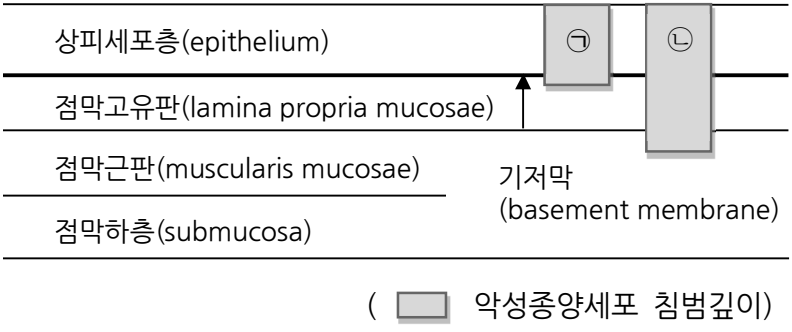
⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 전립선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② 대장점막내암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 대장점막내암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)][한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로

변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장 점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성 신생물(암)(C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

② "특정갑상선암"이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 갑상선암 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성

암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 중대한 갑상선암 및 특정갑상선암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 중대한 갑상선암 및 특정갑상선암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물

(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 중대한 갑상선암 및 특정갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다.(이하 "초기유방암"이라 합니다.)

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma),침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴
(two mass)
종괴1(mass 1) - 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm
종괴2(mass 2) - 1.2cm x 1.0cm x 1.0cm
=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당하므로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 2.0cm x 2.0cm x 1.0cm _ T1
림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis)
_ N0mi
=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm
유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)
: 3.0cm x 2.0cm x 2.0cm
=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② 초기유방암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 초기유방암의

진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “초기 유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제20조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 “암 진단보험금”[(별표1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

(다만, 최초 1회의 진단확정에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 “암 진단보험금”을 지급합니다. 다만, 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.

④ 제3항에 의한 진단 확정으로 제15조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에서 정한 바에 따라 특약이 소멸(피보험자의 사망으로 인한 경우를 제외합니다)된 경우에는 제15조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미

지급된 계약자적립액이 있는 경우 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 암진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 '사망'의 원인 및 '진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 피보험자가 암보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 "암 진단보험금" 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더

악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의

중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 갱신계약의 경우 “암 진단 보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “암 진단 보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함)등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요

한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

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, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제14조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나

과실로 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때(다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제22조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사

가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는

때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법 원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우에는 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제19조(특약의 보험기간 및 갱신) 제2항에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부

터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제22조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 [“최초계약의 계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조(" 암", “기타피부암” 및 “전립선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정되어 있는 경우

제18조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “암 진단보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제19조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약

의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다. 그러나 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 이 특약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회

사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의

다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
암 진단보험금 (제7조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년 이상] 1,000만원 [1년 미만] 500만원

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 위의 보험금 지급기준표의 내용 중 "1년 미만(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)"의 보험금 감액 지급과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
3. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)일의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날입니다.
4. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
5. 제4호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
6. 갱신계약의 경우 “암 진단 보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “암 진단 보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암) ※ 다만, 여성에 한하여 초기유방암 제외	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60,C62,C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성 신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97

분류항목	분류코드
18. 진성 적혈구증가증	D45
19. 골수형성이상증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 전립선의 악성 신생물(암, 분류코드 C61)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제5조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정갑상선암”은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제6조(“유방암 중 초기유방암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한

질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해

가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제15조 제5항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
진단보험금 (제7조) 및 계약자적립액 (제15조 제5항)	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%)
해약환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율 의50% - 1년초과기간 :평균공시이율 의40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암진단특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 암진단특약H(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암진단특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는

때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

5. 보험료 납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 제4조("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암, 제5조("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암, 제6조("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함), 분류

코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암, 기타피부암 및 전립선암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암, 기타피부암 및 전립선암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으

로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 전립선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

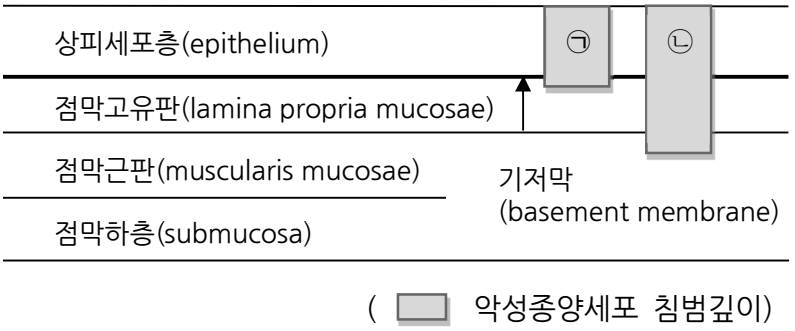
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다

(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② 대장점막내암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 대장점막내암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변

경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성 신생물(암)(C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

② "특정갑상선암"이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 갑상선암 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고

있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다.(이하 "초기유방암"이라 합니다.)

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma),침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴 (two mass)
종괴1(mass 1) - 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm
종괴2(mass 2) - 1.2cm x 1.0cm x 1.0cm
=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당하므로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 2.0cm x 2.0cm x 1.0cm _ T1
림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis) _ N0mi
=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm

유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)
: 3.0cm x 2.0cm x 2.0cm
=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② 초기유방암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 초기유방암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “초기유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서

화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 "암"으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 암 진단보험금[(별표1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. 다만, 최초 1회의 진단확정에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50% 감액 지급합니다.

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표((별표3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 이 특약의 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 암 진단보험금을 지급합니다.

③ 제2항에 의한 진단 확정으로 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제3호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제4항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 암 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2항의 ‘사망’의 원인 및 ‘암 진단보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑤ 제3항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑥ 피보험자가 암보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제

7조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

⑦ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제6항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두

가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 “암진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 이미 납입한 보험료를 “암진단보험금”으로 지급합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나

보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자

적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

④ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대

한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각

각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 암 진단보험금을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계

산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말합니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를

납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조("암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정)의 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복일)]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회

복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항

에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

> **[해약환급금 관련 유의사항]**
> 1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
> 2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암 진단보험금 (제7조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "암"으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 1,000만원 [1년미만] 500만원

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. 위의 보험금 지급기준표의 내용 중 "1년 미만"이란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
5. 제7조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 "암진단보험금"이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 이미 납입한 보험료를 "암진단보험금"으로 지급합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되

는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)

① 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물(암)	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암) ※ 다만, 여성에 한하여 초기유방암 제외	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60,C62,C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성 신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구증가증	D45

대 상 악 성 신 생 물(암)	분류코드
19. 골수형성이상증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 전립선의 악성 신생물(암, 분류코드 C61)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제5조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정갑상선암” 은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제6조(“유방암 중 초기유방암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하

지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제13조 제4항 및 제22조 제4항 관련)

1. 암 진단보험금(제7조) 및 계약자적립액(제13조 제4항)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 암진단특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 암진단특약L(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 암진단특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는

때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 제4조("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암, 제5조("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암, 제6조("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함), 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "전립선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C61[전립선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암, 기타피부암 및 전립선암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암, 기타피부암 및 전립선암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한

나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 전립선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

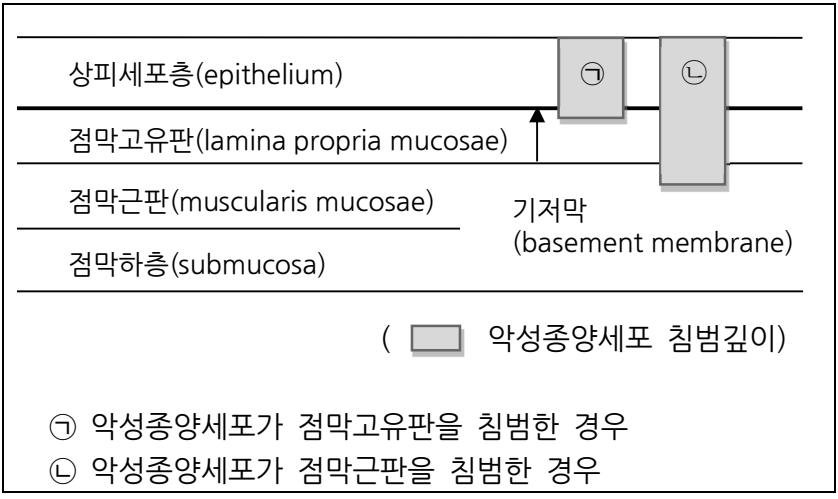
['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② 대장점막내암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 대장점막내암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변

경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성 신생물(암)(C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

② "특정갑상선암"이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 갑상선암 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고

있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다.(이하 "초기유방암"이라 합니다.)

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma),침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴 (two mass)
종괴1(mass 1) - 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm
종괴2(mass 2) - 1.2cm x 1.0cm x 1.0cm
=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당하므로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 2.0cm x 2.0cm x 1.0cm _ T1
림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis) _ N0mi
=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm

유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)
: 3.0cm x 2.0cm x 2.0cm
=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② 초기유방암의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 초기유방암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “초기유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서

화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"에 대한 보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다) 이후에 "암"으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 암 진단보험금[(별표1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. 다만, 최초 1회의 진단확정에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50% 감액 지급합니다.

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표((별표3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 이 특약의 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 암 진단보험금을 지급합니다.

③ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2항의 ‘사망’의 원인 및 ‘암 진단보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

④ 제3항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑤ 피보험자가 암보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

⑥ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제6항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이

10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라

장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요

한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

④ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제4항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑦ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력

회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립

니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도

이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조("암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정)의 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복일)]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 "산출방법서"에 따라 계산합니다.

> **[해약환급금 관련 유의사항]**
> 1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
> 2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료

납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암 진단보험금 (제7조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 1,000만원 [1년미만] 500만원

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. 위의 보험금 지급기준표의 내용 중 “1년 미만”이란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되

는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암, 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전립선암 제외)

① 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물(암)	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암) ※ 다만, 여성에 한하여 초기유방암 제외	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60,C62,C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성 신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구증가증	D45

대 상 악 성 신 생 물(암)	분류코드
19. 골수형성이상증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 전립선의 악성 신생물(암, 분류코드 C61)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제5조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정갑상선암” 은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제6조(“유방암 중 초기유방암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하

지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제22조 제4항 관련)

1. 암 진단보험금 (제7조)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항 및 제2항)

기 간	지 급 이 자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과 기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 여성특화수술보장특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 여성특화수술보장특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 여성특화수술보장특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 5) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 6) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금

융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료 납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“여성생식기암”, “여성생식기 제자리암”, “유방암” 및 “유방의 제자리암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “여성생식기암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) “여성생식기관의 악성 신생물(암) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 “여성생식기 제자리암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 3) “여성생식기 제자리암 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

③ “여성생식기암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능

하지 않을 때에는 피보험자가 “여성생식기암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

④ “여성생식기 제자리암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “여성생식기 제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ “유방암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말하며, “유방의 제자리암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 D05(유방의 제자리암종)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 제5항의 경우 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

⑦ 제5항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

⑧ “유방암”의 진단 확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “유방암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑨ “유방의 제자리암”의 진단 확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “유방의 제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑩ 제3항, 제4항, 제8항 및 제9항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “여성생식기암”, “여성생식기 제자리암”, “유방암” 또는 “유방의 제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

1) 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

2) 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 "수술”이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]은 ‘특정 행위’에서 제외합니다.

② 제1항의 “수술”에서 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제1항의 수술에 포함된 경우에는 “수술”로 봅니다.

③ 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을

말합니다.

④ 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제5조 (“급여 유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 유방절제·유방보전수술”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “급여 유방절제·유방보전수술”이라 함은 병원의 의사의 관리 하에 (별표 4) "급여 유방절제·유방보전수술 분류표"에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다)를 하는 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. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 “여성생식기암” 및 “유방암”에 대한 보장개시일(이하 “여성특정암 보장개시일”이라 합니다) 이후에 여성생식기암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 경우

   : 여성생식기암 수술급여금 지급

   (다만, 최초 1회의 수술에 한하며, 최초계약의 보험계약일

부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 여성생식기 제자리암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 경우
   : 여성생식기 제자리암 수술급여금 지급
   (다만, 최초 1회의 수술에 한하며, 최초계약의 보험계약일 부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “여성특정암 보장개시일” 이후에 유방암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 급여 유방절제·유방보전수술을 받았을 경우
   : 유방암 절제 및 보전수술급여금(급여) 지급
   (다만, 최초 1회의 수술에 한하며, 최초계약의 보험계약일 부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 유방의 제자리암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 급여 유방절제·유방보전수술을 받았을 경우
   : 유방제자리암 절제 및 보전수술급여금(급여) 지급
   (다만, 최초 1회의 수술에 한하며, 최초계약의 보험계약일 부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)

※ 갱신계약의 경우, 제1호에서 제4호의 보험금은 각 해당 질병의 보장계약에 한하여 보장합니다.

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 6) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그

러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 보험료 납입이 면제된 이후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 여성생식기암과 여성생식기 제자리암으로 함께 진단확정되어 한번의 수술을 받은 경우에는 중복하여 지급하지 않으며, 1회의 수술급여금만 지급합니다.

다만, 위의 경우에서 여성생식기암 수술급여금만 지급하였을 경우에는 이후 새로운 여성생식기 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 여성생식기제자리암 수술급여금을 지급하며, 여성생식기 제자리암 수술급여금만 지급하였을 경우에는 이후 새로운 여성생식기암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 여성생식기암 수술급여금을 지급합니다.

④ 제6조(보험금의 지급사유) 제3호 및 제4호의 경우 피보험자가 오른쪽 또는 왼쪽의 유방 중 한쪽의 유방에서 유방암과 유방의 제자리암으로 함께 진단확정되어 한번의 급여 유방절제·유방보전수술을 받은 경우에는 중복하여 지급하지 않으며, 1회의 유방절제 및 보전수술급여금(급여)만 지급합니다.

다만, 위의 경우에서 유방암으로 인한 유방절제 및 보전수술급여금(급여)만 지급하였을 경우에는 이후 새로운 유방의 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 유방절제·유방보전수술을 받은 경우 유방제자리암 절제 및 보전수술급여금(급여)을 지급하며, 유방의 제자리암으로 인한 유방

절제 및 보전수술급여금(급여)만 지급하였을 경우에는 이후 새로운 유방암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 유방절제·유방보전수술을 받은 경우 유방암 절제 및 보전수술급여금(급여)을 지급합니다.

⑤ 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

⑥ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제6항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 피보험자의 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 갱신계약의 경우 [여성생식기암 수술 보장계약]에서 “여성생식기암 수술급여금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “여성생식기암 수술급여금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

⑱ 갱신계약의 경우 [여성생식기제자리암 수술 보장계약]에서 “여성생식기제자리암 수술급여금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “여성생식기제자리암 수술급여금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

⑲ 갱신계약의 경우 [유방암 절제 및 보전수술(급여) 보장계약]에서 “유방암 절제 및 보전수술급여금(급여)”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “유방암 절제 및 보전수술급여금(급여)”로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

⑳ 갱신계약의 경우 [유방제자리암 절제 및 보전수술(급여) 보장계약]에서 “유방제자리암 절제 및 보전수술급여금(급여)”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “유방제자리암 절제 및 보전수술급여금(급여)”로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기

관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있

는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는

보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되

지 않는 경우

이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정한 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우. 다만, 갱신계약 중 각각의 보장계약에서 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보장계약에 한하여 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
5. 갱신계약의 각 보장계약에서 보험금 지급사유 이외의 원인(사망 제외)으로 더 이상 보험금 지급사유가 발생할 수 없게 된 경우, 해당 보장계약은 더 이상 효력을 가지지 않으며 이 특약의 산출방법서에 따라 계산된 해당 보장계약의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으

로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “최초계약의 계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 여성특정암 보장개시일의 전일 이전에 제3조(“여성생식기암”, “여성생식기 제자리암”, “유방암 및 유방의 제자리암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “여성생식기암” 및 동조 제5항에서 정한 “유방암”으로 진단이

확정되어 있는 경우

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “여성생식기암 수술급여금”, “여성생식기제자리암 수술급여금”, “유방암 절제 및 보전수술급여금(급여)” 또는 “유방제자리암 절제 및 보전수술급여금(급여)”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습

니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년(갱신할 때 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 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) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에 따라 이 특약을 갱신하는 경우 최초계약 이후 갱신

되는 갱신계약은 각각 「여성생식기암 수술 보장계약」, 「여성생식기 제자리암 수술 보장계약」, 「유방암 절제 및 보전수술(급여) 보장계약」, 「유방제자리암 절제 및 보전수술(급여) 보장계약」으로 나뉘어 갱신됩니다.

다만, 갱신 전 계약에서 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제4호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 「여성생식기암 수술 보장계약」, 「여성생식기제자리암 수술 보장계약」, 「유방암 절제 및 보전수술(급여) 보장계약」, 「유방제자리암 절제 및 보전수술(급여) 보장계약」을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑤ 갱신계약은 제4항에 따른 각각의 보장계약을 합하여 하나의 계약으로 봅니다.

⑥ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑦ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑧ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적

용됩니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고, “여성생식기암” 및 “유방암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한

경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, “여성생식기암” 및 “유방암”에 대한 보장개시일은 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항의 규정을 따릅니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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

■ **최초계약**

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
여성생식기암 수술급여금 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 여성특정암 보장개시일 이후에 여성생식기암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 여성생식기암 수술을 받았을 경우 (다만, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)
여성생식기제자리암 수술급여금 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 여성생식기 제자리암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 여성생식기 제자리암 수술을 받았을 경우 (다만, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)
유방암 절제 및 보전수술급여금(급여) (제6조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 여성특정암 보장개시일 이후에 유방암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 “급여 유방절제 · 유방보전수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
유방제자리암 절제 및 보전수술급여금(급여) (제6조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 유방의 제자리암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 “급여 유방절제 · 유방보전수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 제2호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 이 특약의 여성특정암 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
5. 유방절제 및 보전수술급여금(급여)의 경우 피보험자가 오른쪽 또는 왼쪽의 유방 중 한쪽의 유방에서 유방암과 유방의 제자리암으로 함께 진단확정되어 한번의 급여 유방절제·유방보전수술을 받은 경우에는 중복하여 지급하지 않으며, 1회의 유방절제 및 보전수술급여금(급여)만 지급합니다.
   다만, 위의 경우에서 유방암으로 인한 유방절제 및 보전수술급여금(급여)만 지급하였을 경우에는 이후 새로운 유방의 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 유방절제・유방보전수술을 받은 경우 유방제자리암 절제 및 보전수술급여금(급여)을 지급하며, 유방의 제자리암으로 인한 유방절제 및 보전수술급여금(급여)만 지급하였을 경우에는 이후 새로운 유방암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 유방절제・유방보전수술을 받은 경우 유방암 절제 및 보전수술급여금(급여)을 지급

합니다.

6. 여성생식기암 수술급여금 및 여성생식기 제자리암 수술급여금의 경우 여성생식기암과 여성생식기 제자리암으로 함께 진단확정되어 한번의 수술을 받은 경우에는 중복하여 지급하지 않으며, 1회의 수술급여금만 지급합니다.
   다만, 위의 경우에서 여성생식기암 수술급여금만 지급하였을 경우에는 이후 새로운 여성생식기 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 여성생식기제자리암 수술급여금을 지급하며, 여성생식기 제자리암 수술급여금만 지급하였을 경우에는 이후 새로운 여성생식기암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 여성생식기암 수술급여금을 지급합니다.

■ 갱신계약

※ 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 「여성생식기암 수술 보장계약」, 「여성생식기제자리암 수술 보장계약」, 「유방암 절제 및 보전수술 보장계약(급여)」, 「유방제자리암 절제 및 보전수술 보장계약(급여)」으로 나뉘어 갱신됩니다.

다만, 갱신 전 계약에서 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제4호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 「여성생식기암 수술 보장계약」, 「여성생식기제자리암 수술 보장계약」, 「유방암 절제 및 보전수술 보장계약(급여)」, 「유방제자리암 절제 및 보전수술 보장계약(급여)」을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다. 단, 갱신계약은 각각의 보장계약을 합하여 하나의 계약으로 봅니다.

[여성생식기암 수술 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
여성생식기암 수술급여금 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 여성특정암 보장개시일 이후에 여성생식기암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 여성생식기암 수술을 받았을 경우(다만, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원

[여성생식기제자리암 수술 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
여성생식기제자리암 수술급여금 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 여성생식기제자리암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 여성생식기 제자리암 수술을 받았을 경우 (다만, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원

[유방암 절제 및 보전수술(급여) 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
유방암 절제 및 보전수술급여금(급여) (제6조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 여성특정암 보장개시일 이후에 유방암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 “급여 유방절제 · 유방보전수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원

[유방제자리암 절제 및 보전수술(급여) 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
유방제자리암 절제 및 보전수술급여금(급여) (제6조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 유방의 제자리암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 “급여 유방절제·유방보전수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 제2호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 유방절제 및 보전수술급여금(급여)의 경우 피보험자가 오른쪽 또는 왼쪽의 유방 중 한쪽의 유방에서 유방암과 유방의 제자리암으로 함께 진단확정되어 한번의 급여 유방절제·유방보전수술을 받은 경우에는 중복하여 지급하지 않으며, 1회의 유방절제 및 보전수술급여금(급여)만 지급합니다.

   다만, 위의 경우에서 유방암으로 인한 유방절제 및 보전수술급여금(급여)만 지급하였을 경우에는 이후 새로운 유방의 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 유방절제·유방보전수술을 받은 경우 유방제자리암 절제 및 보전수술급여금(급여)을 지급하며, 유방의 제자리암으로 인한 유방절제 및 보전수술급여금(급여)만 지급하였을 경우에는 이후 새로운 유방암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 유방절제·유방보전수술을 받은 경우 유방암 절제 및 보전수술급여금(급여)을 지급합니다.
5. 여성생식기암 수술급여금 및 여성생식기 제자리암 수술급여금의 경우 여성

생식기암과 여성생식기 제자리암으로 함께 진단확정되어 한번의 수술을 받은 경우에는 중복하여 지급하지 않으며, 1회의 수술급여금만 지급합니다.
다만, 위의 경우에서 여성생식기암 수술급여금만 지급하였을 경우에는 이후 새로운 여성생식기 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 여성생식기제자리암 수술급여금을 지급하며, 여성생식기 제자리암 수술급여금만 지급하였을 경우에는 이후 새로운 여성생식기암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 여성생식기암 수술급여금을 지급합니다.

6. [여성생식기암 수술 보장계약]에서 “여성생식기암 수술급여금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “여성생식기암 수술급여금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.
7. [여성생식기제자리암 수술 보장계약]에서 “여성생식기제자리암 수술급여금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “여성생식기제자리암 수술급여금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.
8. [유방암 절제 및 보전수술(급여) 보장계약]에서 “유방암 절제 및 보전수술급여금(급여)”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “유방암 절제 및 보전수술급여금(급여)”로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.
9. [유방제자리암 절제 및 보전수술(급여) 보장계약]에서 “유방제자리암 절제 및 보전수술급여금(급여)”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “유방제자리암 절제 및 보전수술급여금(급여)”로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

여성생식기관의 악성 신생물(암) 분류표

① 약관에서 규정하는 "여성생식기암"은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
외음의 악성 신생물(암)	C51
질의 악성 신생물(암)	C52
자궁경부의 악성 신생물(암)	C53
자궁체부의 악성 신생물(암)	C54
자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C55
난소의 악성 신생물(암)	C56
기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C57
태반의 악성 신생물(암)	C58

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정 으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합

니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

여성생식기 제자리암 분류표

① 약관에서 규정하는 "여성생식기 제자리암"은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
자궁경부의 제자리암종	D06
자궁내막의 제자리암종	D07.0
외음의 제자리암종	D07.1
질의 제자리암종	D07.2
기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 제자리암종	D07.3

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병•사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병•사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 4)

급여 유방절제 · 유방보전수술 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 유방절제 · 유방보전수술”은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2024-23호, 2024.3.1시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
유방절제술-양성-단순전절제	N7131
유방절제술-양성-피하절제[남성의여성형유방절제포함]	N7132
유방절제술-양성-부분절제	N7133
유방절제술-악성-부분절제-액와림프절 청소술 포함	N7136
유방절제술-악성-부분절제-액와림프절 청소술 포함하지 않는 것	N7137
유방절제술-악성-전체절제-액와림프절 청소술 포함	N7138
유방절제술-악성-전체절제-액와림프절 청소술 포함하지 않는 것	N7139

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 5)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개

정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 6)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

1. 보험금 (제6조 제1호에서 제4호) 및 계약자적립액 (제14조 제2항)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항)

<table>
<tr><th>기 간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
여성특화암진단후3대특정수술특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 여성특화암진단후3대특정수술특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 여성특화암진단후3대특정수술특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 3) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 4) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니

다.

나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제20조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 “유방암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 다만, 기타 피부의 악성 신생물(암)(C44), 갑상선의 악성 신생물(암)(C73) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 기타 피부의 악성 신생물(암)(C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상선의 악성 신생물(암)(C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 "유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 유방의 악성 신생물(암)(C50)에 해당하는 질병을

말합니다.

⑤ "암", "기타피부암" 및 “유방암”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "기타피부암" 및 “유방암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ "갑상선암"의 진단 확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]
C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑦ 제5항 및 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암", "갑상선암" 및 “유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[“진단이 가능하지 않을 때”의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“급여 피부재건수술”의 정의)

① 이 특약에서 “급여 피부재건수술”이라 함은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)의 관리하에 (별표 5) "급여 피부재건수술 분류표"에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 말합니다.

② 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

③ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

제5조 (“급여 림프부종수술”의 정의)

① 이 특약에서 “급여 림프부종수술”이라 함은 병원의 의사의 관리 하에 (별표 6) "급여 림프부종수술 분류표"에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

③ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

제6조 (“급여 유방재건수술”의 정의)

① 이 특약에서 “급여 유방재건수술”이라 함은 병원의 의사의 관리 하에 (별표 7) "급여 유방재건수술 분류표"에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

③ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

제7조 ("암의 직접적인 치료"의 정의)

① 이 특약에서 “암의 직접적인 치료”이라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역성 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역성 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 동조 제1항에서 제4항은 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 적용됩니다.

제8조 (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 제22조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료로 인한 “급여 피부재건수술”을 받았을 경우
   : 암으로인한 피부재건수술보험금(급여)
   (다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료로 인한 “급여 림프부종수술”을 받았을 경우
   : 암으로인한 림프부종수술보험금(급여)
   (다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “유방암”으로 진단확정되고, “급여 유방재건수술”을 받았을 경우
   : 유방암으로인한 유방재건수술보험금(급여)

(다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제21조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제8조(보험금의 지급사유)에서 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이

10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 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 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)”필수 기재), 진단서(병명기입), 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제12조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 8) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제15조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제14조(계약 전 알릴 의무)에

도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 경우

에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제24조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가

발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 8) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제21조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)

이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제24조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제17조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었

거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.

2. 피보험자가 [“최초계약의 계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", “기타피부암”, “갑상선암” 및 “유방암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정된 경우.

제19조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제20조 (특약의 보험기간)

특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제21조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가

5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제21조 (특약의 갱신)

① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료

를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제22조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준

용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다. 그러나 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제23조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제24조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한

경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제25조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해

약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제26조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 8) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제27조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
암으로인한 피부재건수술보험금(급여) (제8조 제1호)	피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료로 인한 “급여 피부재건수술”을 받았을 경우(다만, 연간1회를 한도로 함)	100만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
암으로인한 림프부종수술보험금(급여) (제8조 제2호)	피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료로 인한 “급여 림프부종수술”을 받았을 경우(다만, 연간1회를 한도로 함)	300만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
유방암으로인한 유방재건수술보험금(급여) (제8조 제3호)	피보험자가 암보장개시일 이후에 “유방암”으로 진단 확정되고, 그 “유방암”으로 인한 “급여 유방재건수술”을 받았을 경우(다만, 연간1회를 한도로 함)	300만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)일의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포

함하여 90일이 되는 날의 다음날입니다.

3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제21조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3

분류항목	분류코드
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가

개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

급여 피부재건수술 분류표

① 약관에 규정하는 '급여 피부재건수술'로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2024-23호, 2024.3.1시행) 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
1. 식피술-전층피부이식술(안면부)-25cm² 미만	S0171
2. 식피술-전층피부이식술(안면부)-25cm² 이상	S0172
3. 식피술-전층피부이식술(수족부)-25cm² 미만	S0173
4. 식피술-전층피부이식술(수족부)-25cm² 이상	S0174
5. 식피술-전층피부이식술(기타)-25cm² 미만	S0175
6. 식피술-전층피부이식술(기타)-25cm² 이상	S0176
7. 부분층피부이식술-기타(900 ㎠이상)	N0170
8. 부분층피부이식술-안면 또는 관절부(25 ㎠미만)	N0173
9. 부분층피부이식술-안면 또는 관절부(25 ㎠이상)	N0174
10. 부분층피부이식술-기타(25 ㎠미만)	N0175
11. 부분층피부이식술-기타(25 ㎠이상~100 ㎠미만)	N0176
12. 부분층피부이식술-기타(100 ㎠~400 ㎠미만)	N0178
13. 부분층피부이식술-기타(400 ㎠~900 ㎠미만)	N0179
14. 사체피부이식술(안면 또는 관절부, 25 ㎠미만)-자가피부이식술과 동시 시행한 경우	SB271
15. 사체피부이식술(안면 또는 관절부, 25 ㎠이상)-자가피부이식술과 동시 시행한 경우	SB272
16. 사체피부이식술(기타, 25 ㎠미만)-자가피부이식술과 동시	SB273

진료행위명칭	진료행위코드
시행한 경우	
17. 사체피부이식술(기타, 25 ㎠이상~100 ㎠미만)- 자가피부이식술과 동시 시행한 경우	SB274
18. 사체피부이식술(기타, 100 ㎠이상~400 ㎠미만)- 자가피부이식술과 동시 시행한 경우	SB275
19. 사체피부이식술(기타, 400 ㎠이상~900 ㎠미만)- 자가피부이식술과 동시 시행한 경우	SB276
20. 사체피부이식술(기타, 900 ㎠이상)-자가피부이식술과 동시 시행한 경우	SB277
21. 사체피부이식술(안면 또는 관절부, 25 ㎠미만)	SB171
22. 사체피부이식술(안면 또는 관절부, 25 ㎠이상)	SB172
23. 사체피부이식술(기타, 25 ㎠미만)	SB173
24. 사체피부이식술(기타, 25 ㎠이상~100 ㎠미만)	SB174
25. 사체피부이식술(기타, 100 ㎠이상~400 ㎠미만)	SB175
26. 사체피부이식술(기타, 400 ㎠이상~900 ㎠미만)	SB176
27. 사체피부이식술(기타, 900 ㎠이상)	SB177
28. 반흔구축성형술(운동제한이있는것)	N0241
29. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)- 전층,25 ㎠미만	N0242
30. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)- 전층,25 ㎠이상	N0243
31. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)- 부분층,안면또는관절부,25 ㎠미만	N0244
32. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)- 부분층,안면또는관절부,25 ㎠이상	N0245

진료행위명칭	진료행위코드
33. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)- 부분층,기타,25 ㎠미만	N0246
34. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)- 부분층,기타,25 ㎠이상~100 ㎠미만	N0247
35. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)- 부분층,기타,100 ㎠~400 ㎠미만	NA241
36. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)- 부분층,기타,400 ㎠~900 ㎠미만	NA242
37. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)- 부분층,기타,900 ㎠이상	NA243
38. 반흔구축성형술및국소피판술[운동제한이있는것]	N0249
39. 피판작성술-피부-국소(안면부)	SB161
40. 피판작성술-피부-원거리- 수부이외[서혜부,복부,둔부,교차상지,교차하지등](안면부)	SB162
41. 피판작성술-피부-원거리- 수부내[교차수지피판,무지구피판등](안면부)	SB163
42. 피판작성술-도서형(안면부)	SB164
43. 피판작성술-근(안면부)	SB165
44. 피판작성술(근-피부)(안면부)	SB166
45. 피판작성술-근막(안면부)	SB167
46. 피판작성술(근막-피부)(안면부)	SB168
47. 피판작성술-피부-국소(기타)	S0161
48. 피판작성술-피부-원거리- 수부이외[서혜부,복부,둔부,교차상지,교차하지등](기타)	S0162
49. 피판작성술-피부-원거리-	S0163

진료행위명칭	진료행위코드
수부내[교차수지피판,무지구피판등](기타)	
50. 피판작성술-도서형(기타)	S0164
51. 피판작성술-근(기타)	S0165
52. 피판작성술(근-피부)(기타)	S0166
53. 피판작성술-근막(기타)	S0167
54. 피판작성술(근막-피부)(기타)	S0168
55. 피판작성술-유리피판술[피부또는근육](기타)	SA161
56. 피판작성술-유리감각피판술[근육-신경](기타)	SA162
57. 피판작성술-유리복합조직이식술(유리건-피부피판술[피부-건-신경 또는 피부-건])(기타)	SA163
58. 피판작성술-유리복합조직이식술(유리근육-피부피판술[피부-근육-신경 또는 피부-근육])(기타)	SA164
59. 피판작성술-유리대망이식술,유리공장이식술(기타)	SA165
60. 피판작성술-유리피판술[피부또는근육](안면부)	SC161
61. 피판작성술-유리감각피판술[근육-신경](안면부)	SC162
62. 피판작성술-유리복합조직이식술(유리건-피부피판술[피부-건-신경 또는 피부-건])(안면부)	SC163
63. 피판작성술-유리복합조직이식술(유리근육-피부피판술[피부-근육-신경 또는 피부-근육])(안면부)	SC164
64. 피판작성술-유리대망이식술,유리공장이식술(안면부)	SC165

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 진료행위 분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

급여 림프부종수술 분류표

① 약관에 규정하는 '급여 림프부종수술'로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2024-23호, 2024.3.1시행) 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다

진료행위명칭	진료행위코드
1. 림프부종수술(절제술)	P2136
2. 림프부종수술(림프관정맥문합술)	P2137
3. 림프부종수술(대망전치술)	P2138

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 진료행위 분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 7)

급여 유방재건수술 분류표

① 약관에 규정하는 '급여 유방재건수술'로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2024-23호, 2024.3.1시행) 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다

진료행위명칭	진료행위코드
1. 유방재건-자가조직을 이용한 경우-광배근-광배근피판	N7140
2. 유방재건-자가조직을 이용한 경우-광배근- 광배근보존피판(또는 흉배동맥천공지피판)	N7141
3. 유방재건-자가조직을 이용한 경우-광배근-확장광배근피판	N7142
4. 유방재건-자가조직을 이용한 경우-횡복직근- 유경횡복직근피판	N7143
5. 유방재건-자가조직을 이용한 경우-횡복직근- 양측유경횡복직근피판	N7144
6. 유방재건-자가조직을 이용한 경우-횡복직근- 유리횡복직근피판	N7145
7. 유방재건-자가조직을 이용한 경우-횡복직근- 유리횡복직근보존피판	N7146
8. 유방재건-자가조직을 이용한 경우- 심하복벽천공지유리피판	N7147
9. 유방재건-보형물을 이용한 경우-유방확장기삽입및확장	N7148
10. 유방재건-보형물을 이용한 경우-영구보형물삽입- 유방절제와동시실시한경우	N7149
11. 유방재건-보형물을 이용한 경우-영구보형물삽입-	N7150

진료행위명칭	진료행위코드
유방확장기제거후실시한경우	
12. 유방재건-보형물을 이용한 경우- 유방피막절제(유방피막봉합·절개·피판술포함)	N7151
13. 유방재건-유두·유륜재건-유두재건	N7152
14. 유방재건-유두·유륜재건-유륜재건	N7153

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 진료행위 분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 8)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항, 제16조 제5항 및 제26조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
보험금 (제8조) 및 계약자적립액 (제16조 제5항)	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%)
해약환급금 (제26조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 여성특화진단특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 여성특화진단특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 여성특화진단특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 4) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 5) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융

감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료 납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다.(이하 “초기유방암”이라 합니다)

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma),침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴

길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴 (two mass)

종괴1(mass 1) - 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0 cm

종괴2(mass 2) - 1.2 cm x 1.0 cm x 1.0 cm

=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당하므로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)

: 2.0 cm x 2.0 cm x 1.0cm _ T1

림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis) _ N0mi

=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)

: 1.0 cm x 1.0 cm x 1.0cm

유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)

: 3.0 cm x 2.0 cm x 2.0cm

=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② 초기유방암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사 • 치과의사

및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “초기유방암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 초기유방암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

④ 제1항의 경우 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

⑤ 제1항에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·

사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

제4조 (“여성생식기암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “여성생식기암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) “여성생식기관의 악성 신생물(암) 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “여성생식기암”의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 위의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “여성생식기암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("자궁내막증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “자궁내막증”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병

·사인분류 중 (별표 3) “자궁내막증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “자궁내막증”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사· 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병변의 조직학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제6조 (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 초기유방암으로 진단확정되었을 경우
   : 초기유방암 진단보험금 지급
   (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하며, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 “여성생식기암”에 대한 보장개시일(이하 “여성생식기암 보장개시일”이라 합니다) 이후에 여성생식기암으로 진단확정되었을 경우
   : 여성생식기암 진단보험금 지급
   (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하며, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 자궁내막증으로 진단확정되었을 경우(보험기간내 최대 60세 계약해당일 전일까지 보장)
   : 자궁내막증 진단보험금 지급
   (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하며, 최초계약의 보험계약

일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

※ 갱신계약의 경우, 제1호에서 제3호의 보험금은 각 해당 질병의 보장계약에 한하여 보장합니다.

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 5) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 보험료 납입이 면제된 이후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 초기유방암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 진단보험금을 지급합니다.

④ 피보험자가 여성생식기암 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 여성생식기암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유) 제2호의 진단보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 자궁내막증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유) 제3호의

진단보험금을 지급합니다.

⑥ 제3항에서 제5항에 의한 진단확정으로 제14조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제14조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제3호에 의한 계약자적립액(갱신계약의 경우 소멸된 보장계약의 계약자적립액을 말합니다)은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제3호에 따른 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑦ 제3항에서 제5항에 의한 진단확정으로 진단확정일의 계약자적립액보다 이미 지급한 계약자적립액이 큰 경우 제6조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 진단확정일의 계약자적립액을 더한 금액을 지급합니다.

⑧ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항에서 제5항의 '사망'의 원인 및 '진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑨ 제8항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.

2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑩ 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

⑪ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑫ 제11항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 제1항의 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다

⑯ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한

때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑱ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑲ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑳ 보험수익자와 회사가 피보험자의 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉑ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉒ 계약자는 피보험자가 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 「여성생식기암 보장개시일」 전

일 이전에 “여성생식기암”으로 진단 확정되었을 경우 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

㉓ 피보험자가 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 「여성생식기암 보장개시일」 전일 이전에 “여성생식기암”으로 진단 확정되었으나 제22항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 제6조(보험금의 지급사유) 제2호의 진단보험금을 지급하지 않습니다.

㉔ 갱신계약의 경우 [초기유방암 진단 보장계약]에서 “초기유방암 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [초기유방암 진단 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “초기유방암 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 [초기유방암 진단 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

㉕ 갱신계약의 경우 [여성생식기암 진단 보장계약]에서 “여성생식기암 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [여성생식기암 진단 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “여성생식기암 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 [여성생식기암 진단 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

㉖ 갱신계약의 경우 [자궁내막증 진단 보장계약]에서 “자궁내막증 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [자궁내막증 진단 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “자궁내막증 진단보험금”으로 지

급합니다. 이 때 [자궁내막증 진단 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 및 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 승

낙한 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금)

제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급

금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

   보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우. 다만, 갱신계약 중 각각의 보장계약에서 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보장계약에 한하여 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5. 갱신계약의 각 보장계약에서 보험금 지급사유 이외의 원인(사망 제외)으로 더 이상 보험금 지급사유가 발생할 수 없게된 경우, 해당 보장계약은 더 이상 효력을 가지지 않으며 이 특약의 산출방법서에 따라 계산된 해당 보장계약의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립

니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “초기 유방암 진단보험금”, “여성생식기암 진단보험금” 또는 “자궁내막증 진단보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료” $= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$ ㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

제18조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3

항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 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) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 「초기유방암 진단 보장계약」 및 「여성생식기암 진단 보장계약」의 경우에는 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 하며, 「자궁내막증 진단 보장계약」의 경우 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 60세 계약해당일 이후인 경우에는 60세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에 따라 이 특약을 갱신하는 경우 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 「초기유방암 진단 보장계약」, 「여성생식기암 진단 보장계약」, 「자궁내막증 진단 보장계약」으로 나뉘어 갱신됩니다.

다만, 갱신 전 계약에서 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제3호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은

보험금 지급사유가 발생한 해당 「초기유방암 진단 보장계약」, 「여성생식기암 진단 보장계약」, 「자궁내막증 진단 보장계약」을 제외하여 갱신되며, 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제22항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 경우에는 「여성생식기암 진단 보장계약」을 제외하고 갱신됩니다. 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑤ 갱신계약은 제4항에 따른 각각의 보장계약을 합하여 하나의 계약으로 봅니다.

⑥ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑦ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑧ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고, “여성생식기암 보장개시일”은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연

체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, “여성생식기암 보장개시일”은 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항의 규정을 따릅니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영

업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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

■ **최초계약**

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
초기유방암 진단보험금 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 초기유방암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	1.000만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급).
여성생식기암 진단보험금 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 여성생식기암 보장개시일 이후에 여성생식기암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	500만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)
자궁내막증 진단보험금 (제6조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 자궁내막증으로 진단확정되었을 경우 (보험기간내 최대 60세 계약해당일 전일까지 보장) (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	50만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급).

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 제2호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 이 특약의 여성생식기암 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
5. 피보험자가 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 「여성생식기암 보장개시일」 전일 이전에 “여성생식기암”으로 진단 확정되었으나 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 제6조(보험금의 지급사유) 제2호의 여성생식기암 진단보험금을 지급하지 않습니다.

■ 갱신계약

※ 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 「초기유방암 진단 보장계약」, 「여성생식기암 진단 보장계약」, 「자궁내막증 진단 보장계약」으로 나뉘어 갱신됩니다.
다만, 갱신 전 계약에서 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제3호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 「초기유방암 진단 보장계약」, 「여성생식기암 진단 보장계약」, 「자궁내막증 진단 보장계약」을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다. 단, 갱신계약은 각각의 보장계약을 합하여 하나의 계약으로 봅니다.

[초기유방암 진단 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
초기유방암 진단보험금 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 초기유방암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원

[여성생식기암 진단 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
여성생식기암 진단보험금 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 여성생식기암 보장개시일 이후에 여성생식기암으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	500만원

[자궁내막증 진단 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
자궁내막증 진단보험금 (제6조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 자궁내막증으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	50만원

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 제2호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. [초기유방암 진단 보장계약]에서 “초기유방암 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [초기유방암 진단 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “초기유방암 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 [초기유방암 진단 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.
5. [여성생식기암 진단 보장계약]에서 “여성생식기암 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [여성생식기암 진단 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “여성생식기암 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 [여성생식기암 진단 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.
6. [자궁내막증 진단 보장계약]에서 “자궁내막증 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 [자궁내막

증 진단 보장계약]의 이미 납입한 보험료를 “자궁내막증 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 [자궁내막증 진단 보장계약]의 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

7. 피보험자가 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 「여성생식기암 보장개시일」 전일 이전에 “여성생식기암”으로 진단 확정되었으나 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 제6조(보험금의 지급사유) 제2호의 여성생식기암 진단보험금을 지급하지 않습니다.

(별표 2)

여성생식기관의 악성 신생물(암) 분류표

① 약관에서 규정하는 "여성생식기암"은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
외음의 악성 신생물(암)	C51
질의 악성 신생물(암)	C52
자궁경부의 악성 신생물(암)	C53
자궁체부의 악성 신생물(암)	C54
자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C55
난소의 악성 신생물(암)	C56
기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C57
태반의 악성 신생물(암)	C58

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하

는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

자궁내막증 분류표

① 약관에서 규정하는 "자궁내막증"은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
자궁내막증	N80

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 4)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

1. 보험금 (제6조 제1호에서 제3호) 및 계약자적립액 (제14조 제2항)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항)

기 간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 요실금수술특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 요실금수술특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 요실금수술특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제 17 조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“요실금”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “요실금”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “요실금 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “요실금”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 ''병원''이라 합니다)의 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“급여 요실금 수술”의 정의 및 장소)

① 이 특약에서 “급여 요실금 수술”이라 함은 병원의 의료법 제5조(의사,치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 5) “급여 요실금 수술 분류표”에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여”에 해당하는 경우에 한합니다)를 하는 것을 말합니다.

② 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

③ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보

험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 요실금으로 진단확정되고, 그 요실금의 직접적인 치료를 목적으로 급여 요실금 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 요실금 수술급여금(급여) (다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)를 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표3 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회를 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되

지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 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 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하

나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)” 필수 기재), 진단서(병명기입), 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여

사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는

위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나

는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보

험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종

갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약

의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
요실금 수술급여금(급여) (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 요실금으로 진단확정되고, 그 요실금의 직접적인 치료를 목적으로 급여 요실금 수술을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	수술 1회당 10만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월 의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)
1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가

개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은, '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 4)

요실금 분류표

① 약관에서 규정하는 "요실금"으로 분류되는 질병은 제9차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
스트레스 요실금	N39.3
기타 명시된 요실금	N39.4
상세불명의 요실금	R32

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

급여 요실금 수술 분류표

① 약관에서 규정하는 “급여 요실금 수술”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2024-23호, 2024.3.1시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

명칭	코드
요실금수술-개복에 의한 수술	R3562
요실금수술-질강을 통한 수술-자기근막을 이용한 경우 (근막체취료 포함)	R3564
요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	R3565

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 진료행위 분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 수술급여금(급여) (제5조) 및 계약자적립액 (제13조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 응급실내원특약(간편N/갱신형)

약 관

이 특약의 약관은 무배당 응급실내원특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 응급실내원특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
4. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해 상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“응급실” 및 “응급의료종사자”의 정의와 장소)

① “응급실”이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급의료시설을 말합니다.

② “응급의료종사자”라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제4호에서 정하는 의료인과 응급구조사를 말합니다.

제4조 (“응급환자”의 정의)

“응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)[(별표 4) “응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)” 참조]에서 정하는 자로 “응급증상 및 이에 준하는 증상” 또는 “응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상”이 있는 자를 말합니다.(이하 “응급환자”라 합니다)

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “응급환자”로 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때에는 보험수익자에게 약정한 응급실내원진료비[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]를 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 자는 제4조(“응급환자”의 정의)의 “응급환자”에 해당하지 않습니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회

사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 보험료 납입면제 또는 계약자적립액을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부산정내역서, 응급실 기록지 사본, 사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지

의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다]합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단

계약의 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계

약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우 이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된

경우

⑩ 이 약관 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지

급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제18조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년(갱신할 때 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제18조 (특약의 갱신)

① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간

종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금

이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을

취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제24조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
응급실내원 진료비 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “응급환자”로 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때(내원 1회당(다만, 1일 1회에 한함))	3만원

(주)

1. “응급환자”: 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로 “응급증상 및 이에 준하는 증상” 또는 “응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료 종사자가 판단하는 증상”이 있는 자
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나, 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 제3호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)

응급의료에 관한 법률 제2조 제1호에서 “보건복지부령이 정하는 자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말합니다.

1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

※ 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상

나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크

다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알코올 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)

라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상

마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈

바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실

사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상
가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
라. 출혈 : 혈관손상
마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

1. 응급실내원진료비 (제5조) 및 계약자적립액(제13조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항)

<table>
<tr><th colspan="2">적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년 이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년 초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 인공관절치환수술특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 인공관절치환수술특약(간편N/갱신형)을** 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 인공관절치환수술특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융

감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“견관절, 고관절, 슬관절 인공관절치환수술”의 정의)

① 이 특약에서 “견관절, 고관절, 슬관절 인공관절치환수술”이라 함은 (별표4) “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해로 손상된 견관절(어깨관절), 고관절, 슬관절(무릎관절)의 기능을 회복하기 위하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 전부 또는 일부를 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절을 말하며, 이하 “인공관절”이라 합니다)을 삽입하여 치환하는 “인공관절의 전치환술 또는 부분치환술”을 말합니다.

② 제1항 “견관절, 고관절, 슬관절 인공관절치환수술”에서 이미 인공관절치환수술을 받은 동일한 부위에 인공관절치환수술을 다시 받는 경우(재치환), 신체 내에 금속 등을 삽입하여 관절을 고정하는 금속내고정술 또는 신체 외부에 철심 등을 사용

하여 관절을 고정하는 외고정술, 관절을 성형하는 수술 및 처치 등은 보장에서 제외됩니다.

③ 제1항에서 “손상”이라 함은 의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우를 말합니다.

④ “견관절, 고관절, 슬관절 인공관절치환수술”의 필요성은 반드시 의사에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 증명되어야 합니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “견관절, 고관절, 슬관절 인공관절치환수술”을 받았을 경우에 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 보험료 납입이 면제된 이후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기

준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 피보험자의 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 갱신계약의 경우 “견관절, 고관절, 슬관절 인공관절치환 수술급여금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “견관절, 고관절, 슬관절 인공관절치환 수술급여금”으로 지급합니다. 이

때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

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, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

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 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 승

낙한 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금)

제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급

금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

   보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

   [계약자적립액]
   장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

4. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가

발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “견관절, 고관절, 슬관절 인공관절치환 수술급여금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료” $= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$ ㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조

(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공

시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은

경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공

하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
견관절,고관절,슬관절 인공관절치환 수술급여금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “견관절, 고관절, 슬관절 인공관절치환 수술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회의 수술에 한함)	300만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하며, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 제2호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. “견관절, 고관절, 슬관절 인공관절치환수술”에서 이미 인공관절치환수술을 받은 동일한 부위에 인공관절치환수술을 다시 받는 경우(재치환), 신체 내에 금속 등을 삽입하여 관절을 고정하는 금속내고정술 또는 신체 외부에 철심 등을 사용하여 관절을 고정하는 외고정술, 관절을 성형하는 수술 및 처치 등은 보장에서 제외됩니다.
5. 갱신계약의 경우 “견관절, 고관절, 슬관절 인공관절치환 수술급여금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고

이미 납입한 보험료를 “견관절, 고관절, 슬관절 인공관절치환 수술급여금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

질병 및 재해 분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하며 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 치과보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우

⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결 시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결 시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

1. 보험금 (제4조) 및 계약자적립액 (제12조 제2항)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항)

기 간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 입원특약(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 입원특약(간편N)을** 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 입원특약(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감

독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("입원"의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실(입·퇴원확인서 발급기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 질병재해입원보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

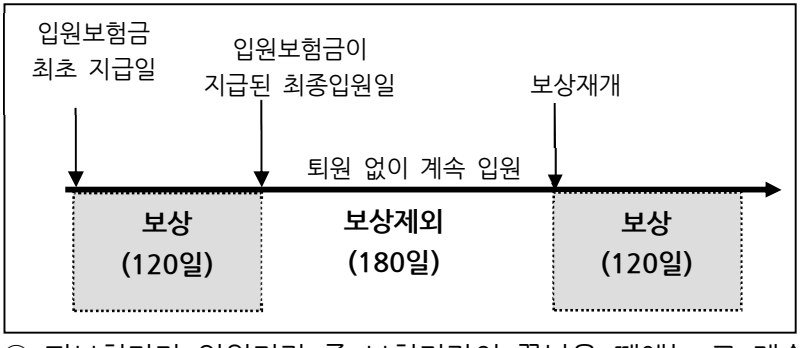
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표((별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면

제합니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)의 입원보험금은 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 따른 입원이라도 입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 때에는 그 계속중인 입원기간에 대하여 제2항을 적용하여 계속 입원보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항, 제5항 및 제7항에서 계속 입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑦ 제3조("입원"의 정의와 장소)에서 정한 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인한 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 제1항의 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 결정합니다.

⑭ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은

장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑰ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑱ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[입·퇴원확인서, 장해진단서, 사망진단서 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우 회사는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에 따라 계산된 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부

터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안" 이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제17조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험

계약대출이율을 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약

의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(이하 “보장개시일”이라 합니다)과 동일합니다.

④ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 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 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제17조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해

약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병재해 입원보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 때	입원일수 1일당 2만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고

있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 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 치과보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우

⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약 체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약 체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제10조 제2항 및 제19조 제2항 관련)

1. 질병재해입원보험금 (제4조) 및 계약자적립액 (제10조 제2항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 입원특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 입원특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 입원특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이

특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("입원"의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해[(별표4) “질병 및 재해분류표” 참조, 이하 “질병 또는 재해”라 합니다]로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우(1회 입원당 120일 한도) 질병재해입원보험금[(별표1) “보험금 지급기준표” 참조]를 지급합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보

험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

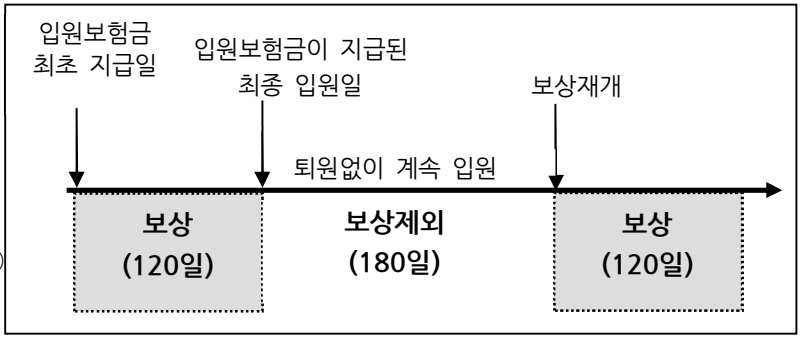
② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

④ 제4조(보험금의 지급사유)의 입원보험금은 피보험자가 동일한 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

⑥



중인 입원기간에 대하여 제3항을 적용하여 계속 입원보험금을 지급합니다.

⑦ 제3항 및 제6항에서 계속 입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 제8항에 해당하는 경우도 포함합니다.

⑧ 제3조("입원"의 정의와 장소)에서 정한 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병재해입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 제1항의 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치

료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑮ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑱ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑲ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑳ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에

서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입 면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 입·퇴원확인서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진

단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

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 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 제한

할 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사

실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법 원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게

지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신) 제2항에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)
① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

제16조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한

경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여

드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병재해 입원보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우	입원일수 1일당 2만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 제2호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고

있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하며 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 치과보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우

⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

(주) 1. ( )안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결 시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국

표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
질병재해 입원보험금 (제4조) 및 계약자적립액 (제12조 제5항)	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%)
해약환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 재진단암특약(1년주기,5회한도)(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 재진단암특약(1년주기,5회한도)(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 재진단암특약(1년주기,5회한도)(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 첫 번째 암 : 이 특약의 보험기간(갱신계약을 포함합니다) 중 보장개시일["암"의 경우, 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 "암"("기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암" 제외)"에 대한 보장개시일(이하 "암 보장개시일"이라 합니다)] 이후 최초로 진단 확정 되는

"암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암" [제3조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "첫 번째 암"의 정의 및 진단 확정) 참조, 이하 "첫 번째 암"이라 합니다]을 말합니다.

라. 재진단암 : 이 특약의 보험기간 중 "첫 번째 암"으로 진단확정되고, "재진단암 보장개시일"[제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제7항 및 제8항에서 정한 재진단암에 대한 보장개시일로 이하 "재진단암 보장개시일"이라 합니다] 이후 진단 확정되는 "재진단암"[제5조("재진단암"의 정의 및 진단 확정)참조, 이하 "재진단암"이라 합니다]"을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “첫 번째 암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)], 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 “첫 번째 암”이라 함은 이 특약의 보장개시일(“암”의 경우 “암보장개시일”)이후 최초로 진단 확정되는 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”을 말합니다.

⑤ “암” 및 “기타피부암"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이

진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

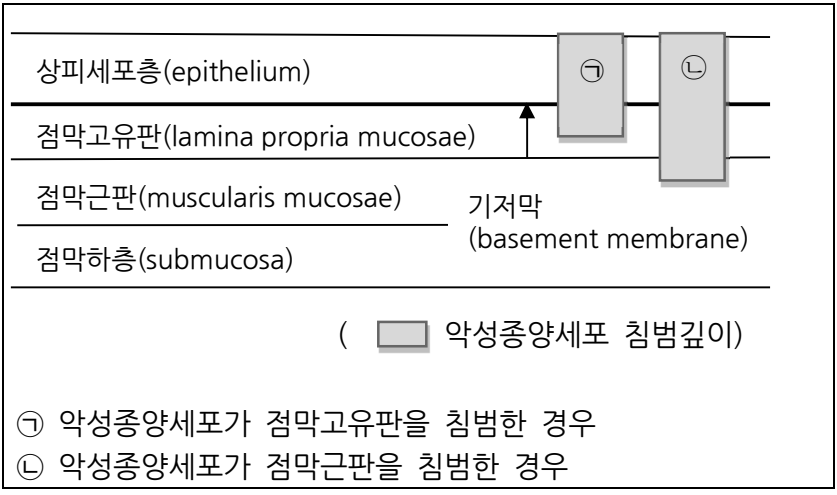
⑦ 제5항 및 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “대장암 중 대장점막내암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장 점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다.(이하 “대장점막내암”이라 합니다)

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병•사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

② “대장점막내암”의 진단 확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 “대장점막내암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 (“재진단암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “재진단암”이라 함은 “재진단암 보장개시일” 이후에 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “첫 번째 암”의 정의 및 진단 확정) 제1항부터 제3항에서 정한 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “대장점막내암” 중 다음 각 호의 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”으로 진단 확정받은 경우를 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암

4. 잔여암

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 제1항 제1호에서 “새로운 원발암”이란 원발부위에 발생한 암으로 “첫 번째 암” 또는 “재진단암”과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”을 말합니다.

③ 제1항 제2호에서 “전이암”이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”을 말합니다.

④ 제1항 제3호에서 “재발암”이란 “첫 번째 암” 또는 “재진단암”과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 “첫 번째 암” 또는 “재

진단암”의 암세포를 제거한 후 그 “첫 번째 암” 또는 “재진단암”으로 인하여 새롭게 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호에서 “잔여암”이란 이 특약의 보장개시일(“암”의 경우 “암보장개시일”) 이후 발생한 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암” 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “첫 번째 암”의 정의 및 진단 확정)의 제5항 및 제6항, 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단 확정) 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “재진단암”으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 하며, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑦ 제6항의 “항암방사선치료”라 함은 “병원”의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑧ 제6항의 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

⑨ 제6항의 “수술”이라 함은 “병원”에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]은 ‘특정 행위’에서 제외합니다.

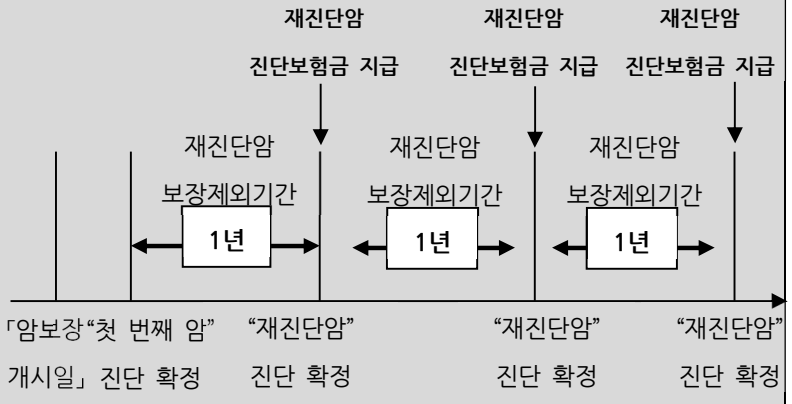
⑩ 제9항의 “수술”에서 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제9항의 수술에 포함된 경우에는 “수술”로 봅니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “재진단암 보장개시일” 이후에 “재진단암”으로 진단확정 된 경우에는 5회에 한하여 보험수익자에게 약정한 재진단암진단보험금[(별표1)"보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.

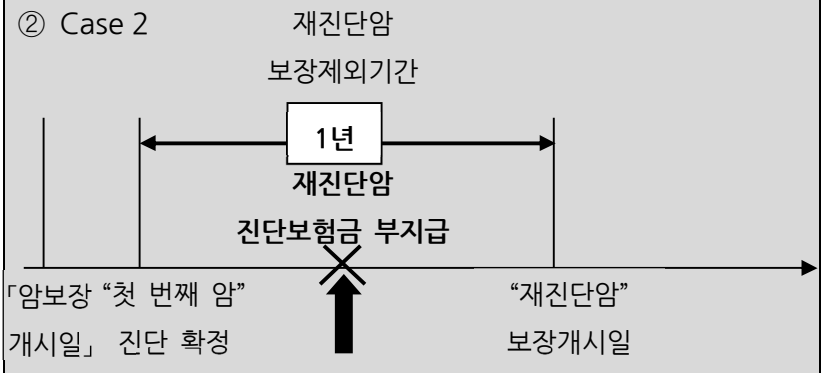
[재진단암 보장 예시]

① Case 1



[재진단암 보장 예시]

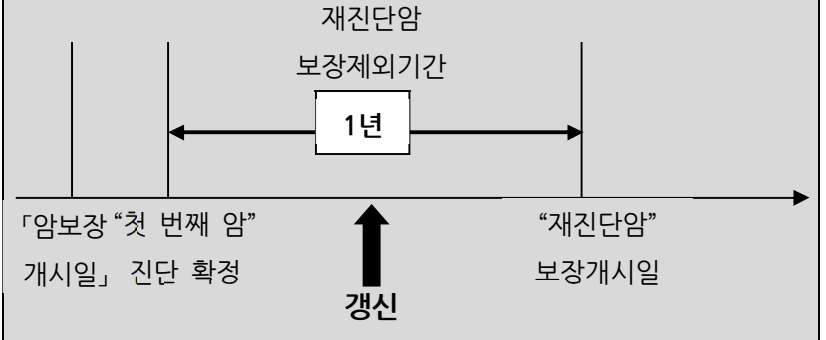
② Case 2



암, 기타피부암, 갑상선암,
대장점막내암 진단

[재진단암 보장 예시]

③ Case3



제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 3)“장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 이 특약의 보장개시일(“암”의 경우 “암보장개시일”) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 피보험자가 이 특약의 보장개시일(“암”의 경우 “암보장개시일”) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”으로 진단확정 받아 보험료의 납입이 면제되고 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”과 동일한 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 갱신계약의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “재진단암 보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “재진단암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 재진단암진단보험금을 지

급합니다. 다만, “재진단암 보장개시일” 전일 이전에 “재진단암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.

⑤ 제4항에 의한 진단 확정으로 제14조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에서 정한 바에 따라 계약이 소멸(피보험자의 사망으로 인한 경우를 제외합니다)된 경우에는 제14조(특약의 체결 및 소멸) 제6항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제6조(보험금의 지급사유)에 따른 재진단암진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 ‘사망’의 원인 및 ‘재진단암진단보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “첫 번째 암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년 이내에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”으로 진단 확정 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑨ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재진단암진단보험금 지급사유가 발생하고, “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년 이내에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”으로 진단 확정 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑩ 재진단암진단보험금의 지급 횟수는 보험기간 중 5회 한도로 지급합니다. 갱신계약의 재진단암진단보험금 지급 횟수는 첫 번째 “재진단암 보장개시일”로부터의 재진단암진단보험금 지급 횟수를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑫ 제11항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니

다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑯ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑱ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑲ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑳ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉑ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항에 따른 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하

며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

   - “첫 번째 암”으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우

   - 피보험자가 “첫 번째 암” 또는 “재진단암”으로 진단 확정되었으나 재진단암진단보험금이 5회차 미만 지급되고, “첫 번째 암” 또는 “재진단암”의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우

5. 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 재진단암진단보험금을 5회 지급받은 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 이 특약을 주계약을 체결할 때 부가할 경우에는 “최초계약”이

라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑤ 제2항 제3호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑥ 제2항 제3호에 해당하는 경우 회사는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

> **[계약자적립액]**
> 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑦ 제2항의 제4호에 해당하는 경우 회사는 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 그 당시의 계약자적립액을 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다. 또한, 회사는 이를 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

⑧ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑨ 제8항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 제8항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑪ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “최초계약의 계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해지환급급을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년(갱신할 때 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 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) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신

계약의 보험기간 종료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우
3. “첫 번째 암”으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 보험기간이 1년 이하인 경우
4. 피보험자가 “첫 번째 암” 또는 “재진단암”으로 진단 확정되었으나 재진단암진단보험금이 5회차 미만 지급되고, “첫 번째 암” 또는 “재진단암”의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

⑧ 갱신계약의 보험료 납입기간은 전기납으로 합니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

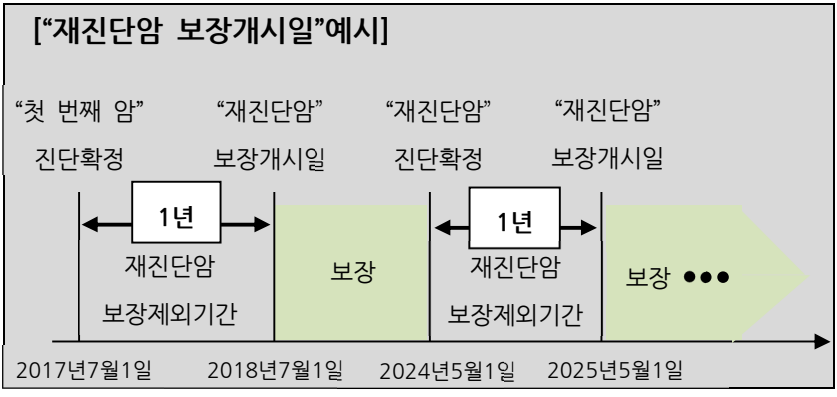
④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 직전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 “암”(“기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 제외)에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 보장개시일로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 하여 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장합니다.

⑦ 제5항에도 불구하고 “재진단암”에 대한 보장개시일은 다음과 같으며, 첫 번째 “재진단암 보장개시일”과 두 번째 이후 “재진단암 보장개시일”을 합하여 “재진단암 보장개시일”이라 합니다.

1. 첫 번째 “재진단암 보장개시일”: “첫 번째 암”의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날
2. 두 번째 이후 “재진단암 보장개시일”: 직전 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날



⑧ 제7항의 “재진단암 보장개시일”부터 1년이 지나기 전에 특약이 갱신되는 경우에는 갱신 전 “첫 번째 암” 또는 직전 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음날을 “재진단암 보장개시일”로 봅니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해

지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복일)일로합니다. 다만, “암보장개시일”은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로

하며, “재진단암 보장개시일”은 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제7항 및 제8항의 규정을 따릅니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5)“보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
재진단암 진단보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “재진단암 보장개시일” 이후에 “재진단암” 으로 진단 확정 되었을 경우 (다만, 보험기간 중 5회에 한하여 지급)	1,000만원

(주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 "암보장개시일") 이후에 “암”, "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암"으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 피보험자가 이 특약의 보장개시일(“암”의 경우 “암보장개시일”) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”으로 진단확정 받아 보험료의 납입이 면제되고 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”과 동일한 “암” , “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 갱신계약의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

4. 제1호 및 제3호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

5. 이 특약의 “암보장개시일”은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활

(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

6. 이 특약의 “재진단암 보장개시일”은 다음과 같으며, 첫 번째 “재진단암 보장개시일”과 두 번째 이후 “재진단암 보장개시일”을 합하여 “재진단암 보장개시일”이라 합니다.
   - 첫 번째 “재진단암 보장개시일” : “첫 번째 암”의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날
   - 두 번째 이후 “재진단암 보장개시일” : 직전 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날
7. 제6호의 “재진단암 보장개시일”부터 1년이 지나기 전에 특약이 갱신되는 경우에는 갱신 전 “첫 번째 암” 또는 직전 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날을 “재진단암 보장개시일”로 봅니다.
8. 재진단암진단보험금의 지급 횟수는 보험기간 중 5회 한도로 지급합니다. 갱신계약의 재진단암진단보험금 지급 횟수는 첫 번째 “재진단암 보장개시일”로부터의 재진단암진단보험금 지급 횟수를 말합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판

단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 '악성 신생물(암)'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 코 드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분 류 항 목	분 류 코 드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제11조 제2항, 제14조 제6항, 제14조 제7항 및 제23조 제2항 관련)

1. 재진단암진단보험금(제6조) 및 계약자적립액(제14조)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항)

기 간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과 기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
재진단암특약H(1년주기,5회한도)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 재진단암특약H(1년주기,5회한도)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 재진단암특약H(1년주기,5회한도)(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 첫 번째 암 : 이 특약의 보험기간 중 보장개시일["암"의 경우, 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"("기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암" 제외)에 대한 보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다)] 이후 최초로 진단 확정 되는 "암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"[제3조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "첫

번째 암”의 정의 및 진단 확정) 참조, 이하 “첫 번째 암”이라 합니다]을 말합니다.

라. 재진단암 : 이 특약의 보험기간 중 “첫 번째 암”으로 진단확정되고, “재진단암 보장개시일”[제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 재진단암에 대한 보장개시일로 이하 “재진단암 보장개시일”이라 합니다] 이후 진단확정되는 “재진단암”[제5조(“재진단암”의 정의 및 진단 확정)참조, 이하 “재진단암”이라 합니다]”을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금 :

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금×해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “첫 번째 암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)], 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 “첫 번째 암”이라 함은 이 특약의 보장개시일(“암”의 경우 “암보장개시일”) 이후 최초로 진단되는 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”을 말합니다.

⑤ “암” 및 “기타피부암”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제5항 및 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

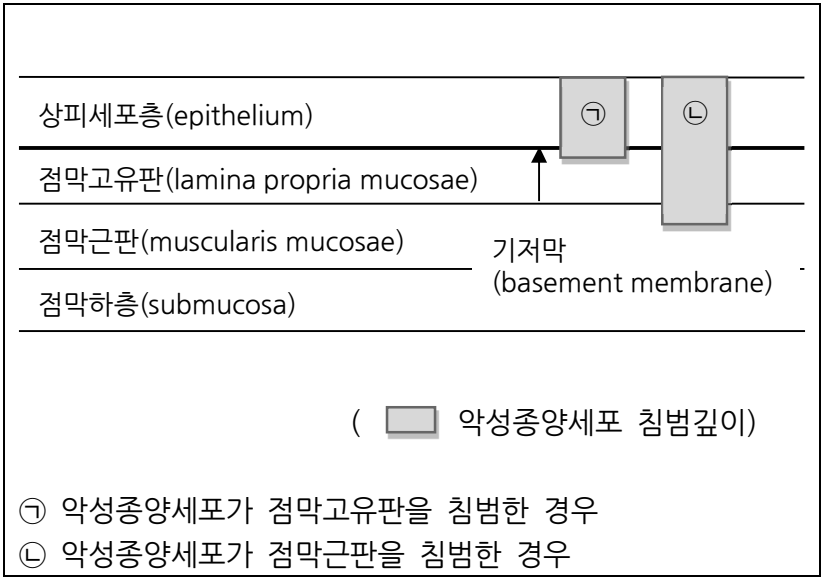
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “대장암 중 대장점막내암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장 점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니

다.(이하 “대장점막내암”이라 합니다)

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

② “대장점막내암”의 진단 확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, “대장점막내암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 (“재진단암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “재진단암”이라 함은 “재진단암 보장개시일” 이후에 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “첫 번째 암”의 정의 및 진단 확정) 제1항부터 제3항에서 정한 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “대장점막내암” 중 다음 각 호의 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”으로 진단 확정받은 경우를 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 제1항 제1호에서 “새로운 원발암”이란 원발부위에 발생한 암으로 “첫 번째 암” 또는 “재진단암”과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”을 말합니다.

③ 제1항 제2호에서 “전이암”이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고,

계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”을 말합니다.

④ 제1항 제3호에서 “재발암”이란 “첫 번째 암” 또는 “재진단암”과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 “첫 번째 암” 또는 “재진단암”의 암세포를 제거한 후 그 “첫 번째 암” 또는 “재진단암”으로 인하여 새롭게 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호에서 “잔여암”이란 이 특약의 보장개시일(“암”의 경우 “암보장개시일”) 이후 발생한 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암” 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “첫 번째 암”의 정의 및 진단 확정)의 제5항 및 제6항, 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단 확정) 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “재진단암”으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 하며, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직

을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑦ 제6항의 “항암방사선치료”라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑧ 제6항의 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

⑨ 제6항의 “수술”이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]은 특정 행위에서 제외됩니다.

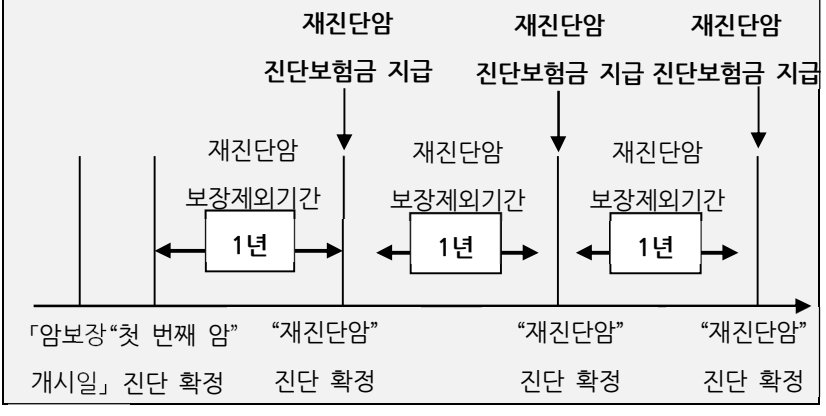
⑩ 제9항의 ”수술”에서 ”항암방사선치료”와 ”항암약물치료”는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제9항의 수술에 포함된 경우에는 “수술”로 봅니다.

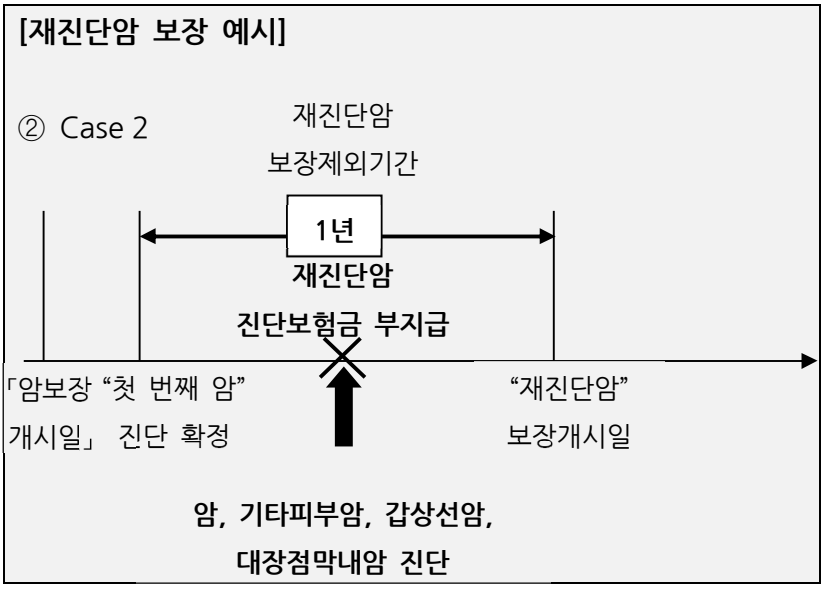
제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “재진단암 보장개시일” 이후에 “재진단암”으로 진단 확정 되었을 경우에는 5회에 한하여 보험수익자에게 약정한 재진단암진단보험금[(별표 1)”보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

[재진단암 보장 예시]

① Case 1





제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 3)"장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 이 특약의 보장개시일("암"의 경우 "암보장개시일") 이후에 "암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “재진단암 보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “재진단암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 재진단암진단보험금을 지급합니다. 다만, “재진단암 보장개시일” 전일 이전에 “재진단암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.

④ 제3항에 의한 진단 확정으로 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에서 정한 바에 따라 계약이 소멸(피보험자의 사망으로 인한 경우를 제외합니다)된 경우에는 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제3항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제6조(보험금의 지급사유)에 따른 “재진단암” 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 및 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한

것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 '사망'의 원인 및 '재진단암진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "첫 번째 암" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년 이내에 "암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"으로 진단 확정 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑨ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재진단암진단보험금 지급사유가 발생하고, "재진단암" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년 이내에 "암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"으로 진단 확정 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑩ 재진단암진단보험금의 지급 횟수는 보험기간 중 5회 한도로 지급합니다.

⑪ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지

않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑫ 제11항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 제1항의 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.

⑯ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별

판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑱ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑲ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑳ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉑ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항에 따른 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할

수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

- “첫 번째 암”으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우
- 피보험자가 “첫 번째 암” 또는 “재진단암”으로 진단 확정되었으나 재진단암진단보험금이 5회차 미만 지급되고, “첫 번째 암” 또는 “재진단암”의 진단 확정일부터 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우

4. 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 재진단암진단보험금을 5회 지급받은 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 “실종기간”이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회

사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과

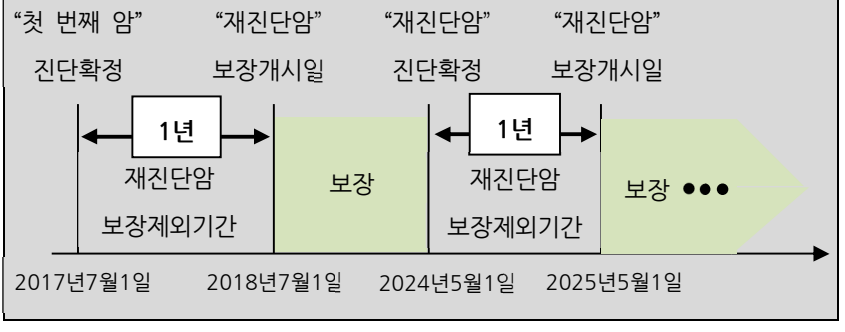
동일 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 “암”(“기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 보장개시일로 하여 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 “재진단암”에 대한 보장개시일은 다음과 같으며, 첫 번째 “재진단암 보장개시일”과 두 번째 이후 “재진단암 보장개시일”을 합하여 “재진단암 보장개시일”이라 합니다.

1. 첫 번째 “재진단암 보장개시일” : “첫 번째 암”의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날
2. 두 번째 이후 “재진단암 보장개시일” : 직전 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날

[“재진단암 보장개시일” 예시]



제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도

해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경

우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항의 규정을 따르며, “재진단암 보장개시일”은 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」

대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2.「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5)"보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
재진단암 진단보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “재진단암 보장개시일” 이후에 “재진단암” 으로 진단 확정 되었을 경우 (다만, 보험기간 중 5회에 한하여 지급)	1,000만원

(주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 “암보장개시일”) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

4. 이 특약의 “암보장개시일”은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

5. 이 특약의 “재진단암 보장개시일”은 다음과 같으며, 첫 번째 “재진단암 보장개시일”과 두 번째 이후 “재진단암 보장개시일”을 합하여 “재진단암 보장개시일”이라 합니다.

- 첫 번째 “재진단암 보장개시일” : “첫 번째 암”의 진단 확정일부터 그 날을포함하여 1년이 되는 날의 다음 날
- 두 번째 이후 “재진단암 보장개시일” : 직전 “재진단암” 진단 확정일

부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날

6. 재진단암진단보험금의 지급 횟수는 보험기간 중 5회 한도로 지급합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고

있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 '악성 신생물(암)'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 코 드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분 류 항 목	분 류 코 드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제4항 관련)

1. 재진단암진단보험금(제6조) 및 계약자적립액(제12조 제5항)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기 간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 재진단암특약L(1년주기,5회한도)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 재진단암특약L(1년주기,5회한도)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 재진단암특약L(1년주기,5회한도)(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 첫 번째 암 : 이 특약의 보험기간 중 보장개시일["암"의 경우, 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "암"("기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암" 제외)에 대한 보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다)] 이후 최초로 진단 확정 되는 "암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"[제3조("암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "첫

번째 암”의 정의 및 진단 확정) 참조, 이하 “첫 번째 암”이라 합니다]을 말합니다.

라. 재진단암 : 이 특약의 보험기간 중 “첫 번째 암”으로 진단확정되고, “재진단암 보장개시일”[제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 재진단암에 대한 보장개시일로 이하 “재진단암 보장개시일”이라 합니다] 이후 진단확정되는 “재진단암”[제5조(“재진단암”의 정의 및 진단 확정)참조, 이하 “재진단암”이라 합니다]”을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금 :

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금×해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “첫 번째 암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)], 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 “첫 번째 암”이라 함은 이 특약의 보장개시일(“암”의 경우 “암보장개시일”) 이후 최초로 진단되는 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”을 말합니다.

⑤ “암” 및 “기타피부암”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제5항 및 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

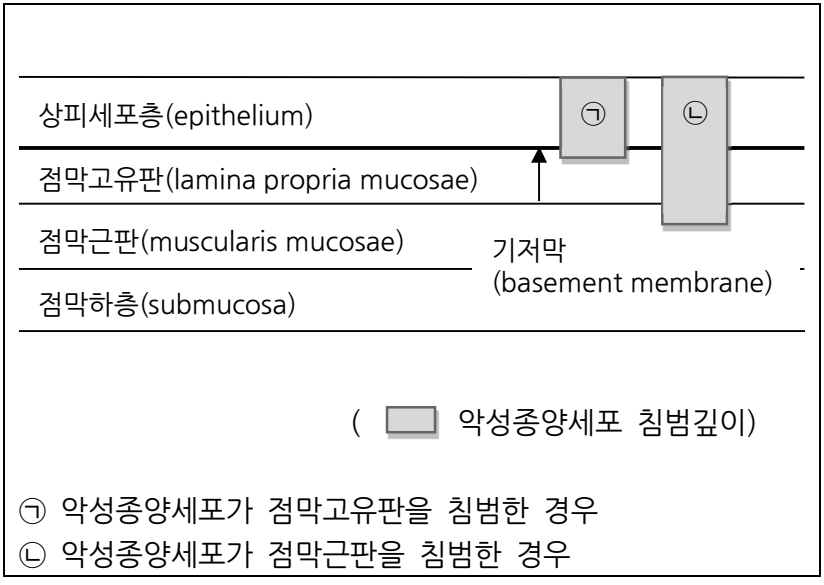
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “대장암 중 대장점막내암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장 점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니

다.(이하 “대장점막내암”이라 합니다)

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

② “대장점막내암”의 진단 확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사면허)에서 규정한 병리 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, “대장점막내암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 (“재진단암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “재진단암”이라 함은 “재진단암 보장개시일” 이후에 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “첫 번째 암”의 정의 및 진단 확정) 제1항부터 제3항에서 정한 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “대장점막내암” 중 다음 각 호의 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암”으로 진단 확정받은 경우를 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 제1항 제1호에서 “새로운 원발암”이란 원발부위에 발생한 암으로 “첫 번째 암” 또는 “재진단암”과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”을 말합니다.

③ 제1항 제2호에서 “전이암”이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고,

계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”을 말합니다.

④ 제1항 제3호에서 “재발암”이란 “첫 번째 암” 또는 “재진단암”과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 “첫 번째 암” 또는 “재진단암”의 암세포를 제거한 후 그 “첫 번째 암” 또는 “재진단암”으로 인하여 새롭게 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호에서 “잔여암”이란 이 특약의 보장개시일(“암”의 경우 “암보장개시일”) 이후 발생한 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암” 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “첫 번째 암”의 정의 및 진단 확정)의 제5항 및 제6항, 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단 확정) 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “재진단암”으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 하며, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직

을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑦ 제6항의 “항암방사선치료”라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑧ 제6항의 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

⑨ 제6항의 “수술”이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]은 특정 행위에서 제외됩니다.

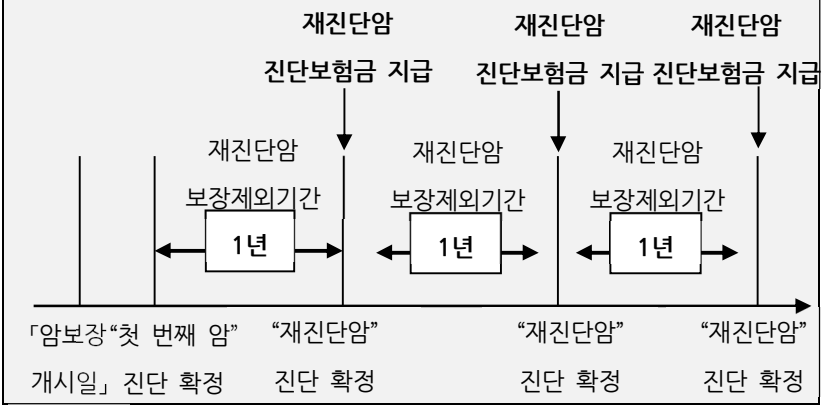
⑩ 제9항의 ”수술”에서 ”항암방사선치료”와 ”항암약물치료”는 제외합니다. 다만, 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법이 제9항의 수술에 포함된 경우에는 “수술”로 봅니다.

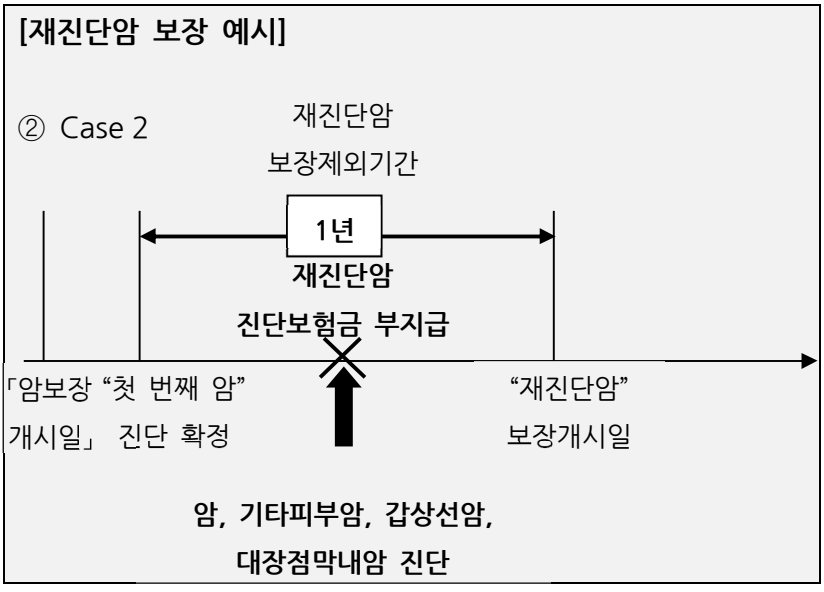
제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “재진단암 보장개시일” 이후에 “재진단암”으로 진단 확정 되었을 경우에는 5회에 한하여 보험수익자에게 약정한 재진단암진단보험금[(별표 1)”보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

[재진단암 보장 예시]

① Case 1





제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 3)”장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 이 특약의 보장개시일(“암”의 경우 “암보장개시일”) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “재진단암 보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “재진단암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 재진단암진단보험금을 지급합니다. 다만, “재진단암 보장개시일” 전일 이전에 “재진단암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.

④ 제3항 및 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 ‘사망’의 원인 및 ‘재진단암진단보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "첫 번째 암" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년 이내에 "암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"으로 진단 확정 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재진단암진단보험금 지급사유가 발생하고, "재진단암" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년 이내에 "암", "기타피부암", "갑상선암" 및 "대장점막내암"으로 진단 확정 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑨ 재진단암진단보험금의 지급 횟수는 보험기간 중 5회 한도로 지급합니다.

⑩ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을

결정합니다.

⑫ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 제1항의 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 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑱ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑲ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함

께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑳ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항에 따른 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)

에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

- “첫 번째 암”으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우
- 피보험자가 “첫 번째 암” 또는 “재진단암”으로 진단 확정되었으나 재진단암진단보험금이 5회차 미만 지급되고, “첫 번

째 암” 또는 “재진단암”의 진단 확정일부터 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우

4. 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 재진단암진단보험금을 5회 지급받은 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제4항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑦ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한

후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일 합니다.

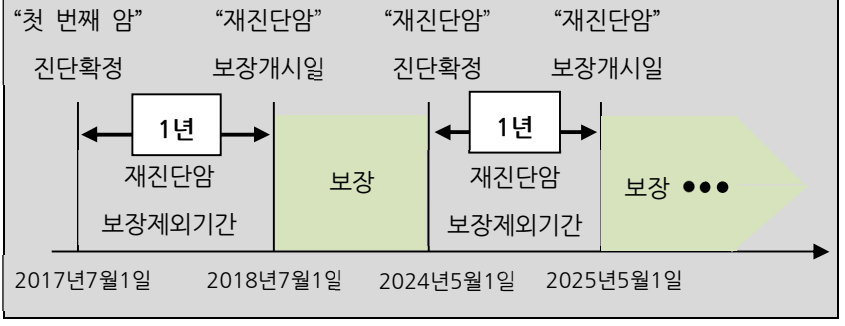
⑤ 제4항에도 불구하고 “암”(“기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 보장개시일로 하여 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을

포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 “재진단암”에 대한 보장개시일은 다음과 같으며, 첫 번째 “재진단암 보장개시일”과 두 번째 이후 “재진단암 보장개시일”을 합하여 “재진단암 보장개시일”이라 합니다.

1. 첫 번째 “재진단암 보장개시일” : “첫 번째 암”의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날
2. 두 번째 이후 “재진단암 보장개시일” : 직전 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날

[“재진단암 보장개시일” 예시]



제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제17조

(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항의 규정을 따르며, “재진단암 보장개시일”은 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이

후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5)"보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
재진단암 진단보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “재진단암 보장개시일” 이후에 “재진단암” 으로 진단 확정 되었을 경우 (다만, 보험기간 중 5회에 한하여 지급)	1,000만원

(주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 “암보장개시일”) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

3. 이 특약의 “암보장개시일”은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 “재진단암 보장개시일”은 다음과 같으며, 첫 번째 “재진단암 보장개시일”과 두 번째 이후 “재진단암 보장개시일”을 합하여 “재진단암 보장개시일”이라 합니다.
   - 첫 번째 “재진단암 보장개시일” : “첫 번째 암”의 진단 확정일부터 그 날을포함하여 1년이 되는 날의 다음 날
   - 두 번째 이후 “재진단암 보장개시일” : 직전 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 날의 다음 날

5. 재진단암진단보험금의 지급 횟수는 보험기간 중 5회 한도로 지급합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고

있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에서 규정하는 '악성 신생물(암)'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 코 드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분 류 항 목	분 류 코 드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제21조 제4항 관련)

1. 재진단암진단보험금(제6조)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

기 간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과 기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 재해골절및깁스치료(부목제외)보장특약(간편N/갱신형) 약 관

이 특약의 약관은 무배당 재해골절및깁스치료(부목제외)보장특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 재해골절및깁스치료(부목제외)보장특약

(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 3) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 4) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의

경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“재해골절[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외]”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “재해골절[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외]”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 “재해골절[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외] 분류표”에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.

② “재해골절[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외]”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“깁스치료”의 정의)

① 이 특약에서 “깁스(Cast)치료”라 함은 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)가 (별표 3) “재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료를 직접목적으로 “깁스(Cast)치료”가 필요하다고 인정하는 경우로서 병원에서 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)의 관리하에 석고붕대 또는 섬유유리 붕대(Fiberglass Cast)를 병

변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 다만, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.

② 제1항에서 “부목(Splint Cast)치료”란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]를 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 [(별표2) “재해골절[치아파절(깨짐,부러짐) 제외] 분류표” 참조]에서 정하는 골절(이하 “골절”이라 합니다)이 진단확정되었을 경우
   : 재해골절진단보험금
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 “깁스(Cast)치료”를 받았을 경우
   : 깁스치료비

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 4) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과

동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 동일한 재해로 두가지 이상의 “재해골절[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외]” 진단확정이 되었을 경우에도 재해발생 1회당 1회의 재해골절진단보험금만 지급합니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 동일한 질병 또는 재해로 “깁스(Cast)치료”를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

⑤ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 따라 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항 및 제3항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상

두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표 상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 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.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(골절진단서, 장해진단서 , 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립

이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니

다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항의 제3호에 해당하는 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우

2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때

에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제18조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년(갱신할 때 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제18조 (특약의 갱신)

① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의

최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다른 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한

절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
재해골절 진단보험금 (제5조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 “재해골절[치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외]”로 진단확정 되었을 경우	진단확정 1회당 30만원
깁스치료비 (제5조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 “깁스(Cast)치료” 를 받았을 경우(발생 1회당)	깁스치료 1회당 10만원

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 제1호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 재해골절진단보험금의 경우 동일한 재해로 두가지 이상의 “재해골절[치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외]” 진단확정이 되었을 경우에도 재해발생 1회당 1회의 재해골절진단보험금만 지급합니다.
4. 깁스치료비의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 “깁스(Cast)치료”를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스(Cast)치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.
5. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해골절[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외] 분류표

① 약관에 규정하는 “재해골절[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외]”로 분류되는 질병 및 재해는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병 및 재해를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
2. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
3. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
4. 대퇴골의 출산손상	P13.2
5. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
6. 출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4
7. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
8. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9
9. 두개골 및 안면골의 골절 [치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외]	S02 (S02.5는 제외)
10. 목의 골절	S12
11. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
12. 요추 및 골반의 골절	S32
13. 어깨 및 위팔의 골절	S42
14. 아래팔의 골절	S52
15. 손목 및 손부위의 골절	S62
16. 대퇴골의 골절	S72
17. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
18. 발목을 제외한 발의 골절	S92
19. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02

분류항목	분류코드
20. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
21. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
22. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
23. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

<table>
<tr><th>구 분</th><th>기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="4">재해골절치료급여금
(제3조)
및
계약자적립액
(제13조 제5항)</td><td>지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td>지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율
+ 가산이율(4.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율
+ 가산이율(6.0%)</td></tr>
<tr><td>지급기일의 91일이후 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율
+ 가산이율(8.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">해약환급금
(제23조 제1항)</td><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년 이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 재해치료보장특약(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 재해치료보장특약(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 재해치료보장특약(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있

습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (재해골절(치아파절(깨짐, 부러짐) 제외)"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 "재해골절(치아파절(깨짐, 부러짐) 제외)"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 "재해골절 분류표(치아파절(깨짐, 부러짐) 제외)"에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.

② "재해골절(치아파절(깨짐, 부러짐) 제외)"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 ("수술"의 정의와 장소)

이 특약에서 "수술"이라 함은 의사가 피보험자의 "재해"를 직접적인 원인으로 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 수술을 하는 것을 말합니다.

이 때 수술이란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액•조직을 뽑아

내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 “수술”에서 제외합니다.

[수술의 정의에 해당하지 않는 경우(예시)]
변연절제가 포함되지 않은 단순 창상봉합술은 수술의 정의에 해당하지 않으므로 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조 (“깁스치료”의 정의)

① 이 특약에서 “깁스(Cast)치료”라 함은 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)가 (별표 4) “질병 및 재해 분류표”에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료를 직접목적으로 “깁스(Cast)치료”가 필요하다고 인정하는 경우로서 병원에서 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)의 관리하에 석고붕대 또는 섬유유리 붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 다만, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.

② 제1항에서 “부목(Splint Cast)치료”란 석고붕대 또는 섬유유리 붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]를 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로

[(별표5) “재해골절분류표(치아파절(깨짐,부러짐) 제외” 참조]에서 정하는 골절(이하 “골절”이라 합니다)이 발생하였을 경우
: 재해골절보험금[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외]

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 수술을 받았을 경우
: 재해수술보험금

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 “깁스(Cast)치료”를 받았을 경우
: 깁스치료비

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 재해로 두가지 이상의 골절상태가 발생할 경우에도 재해발생 1회당 1회의 재해골절보험금만 지급합니다.

③ 제6조(보험금의 지급사유) 제3호의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 “깁스(Cast)치료”를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지

않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항, 제2항 및 제3항의 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나

의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 진단서(병명기입), 골절진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 장해진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등

으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력

은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우에는 회사는 이 특약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보

험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립

니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약

환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급내용
재해골절보험금 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 골절[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외]이 발생하였을 경우	골절발생 1회당 30만원
재해수술보험금 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 수술을 받았을 경우	수술 1회당 30만원
깁스치료비 (제6조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 “깁스(Cast)치료”를 받았을 경우(발생 1회당)	깁스치료 1회당 10만원

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. 재해골절보험금의 경우 동일한 재해로 두가지 이상의 골절상태가 발생할 경우에도 재해발생 1회당 1회의 재해골절보험금만 지급합니다.
4. 깁스치료비의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 “깁스(Cast)치료”를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스(Cast)치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분

류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

질병 및 재해 분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하며 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 치과보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우

⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

(주) 1. ( )안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의

한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 5)

재해골절분류표(치아파절(깨짐,부러짐) 제외

① 약관에 규정하는 “재해골절[치아파절(깨짐, 부러짐) 제외]”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병 및 재해를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
2. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
3. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
4. 대퇴골의 출산손상	P13.2
5. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
6. 출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4
7. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
8. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9
9. 두개골 및 안면골의 골절 [치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외]	S02 (S02.5는 제외)
10. 목의 골절	S12
11. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
12. 요추 및 골반의 골절	S32
13. 어깨 및 위팔의 골절	S42
14. 아래팔의 골절	S52
15. 손목 및 손부위의 골절	S62
16. 대퇴골의 골절	S72
17. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
18. 발목을 제외한 발의 골절	S92
19. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02

분류항목	분류코드
20. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
21. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
22. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
23. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
보험금 (제6조 제1호에서 제3호) 및 계약자적립액 (제12조 제5항)	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%)
해약환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	·1년이내 : 평균공시이율의 50% ·1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 제세동술및전기적심조율전환급여 보장특약(간편N/갱신형) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 제세동술및전기적심조율전환급여보장특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 제세동술및전기적심조율전환급여보장특약
(간편N/갱신형)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약

의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("급여 제세동술 및 전기적 심조율전환"의 정의)

이 특약에서 “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 4) “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환 분류표”에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

제4조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제3조(“급여 제세동술 및 전기적 심조율전환”의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제3조(“급여 제세동술 및 전기적 심조율전환”의 정의)에도 불

구하고 “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경

되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “급여 제세동술 및 전기적 심조율 전환 관련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환”을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 제세동술 및 전기적 심조율전환 보험금(급여)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계

에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부산정내역서, 진료비계산서·영수증, 장해진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에

따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무

사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우
   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가

입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신

계약의 보험기간 종료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환

급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
제세동술 및 전기적심조율전환 보험금(급여) (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환”을 받았을 경우	급여 제세동술 및 전기적 심조율전환 1회당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

급여 제세동술 및 전기적 심조율전환 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환”은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-12호, 2025.2.1 시행)」중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
제세동술 및 전기적 심조율전환[1일당]	M5880

② 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」등의 관련법령을 개정으로 진료행위 분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 제세동술 및 전기적심조율전환 보험금(급여) (제5조) 및 계약자적립액 (제13조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 제세동술및전기적심조율전환급여 보장특약H(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 제세동술및전기적심조율전환급여보장 특약H(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 제세동술및전기적심조율전환급여보장특약 H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습

니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("급여 제세동술 및 전기적 심조율전환"의 정의)

이 특약에서 “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 4) “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환 분류표”에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

제4조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제3조(“급여 제세동술 및 전기적 심조율전환”의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제3조(“급여 제세동술 및 전기적 심조율전환”의 정의)에도 불구하고 “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사

유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는

보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “급여 제세동술 및 전기적 심조율 전환 관련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환”을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 제세동술 및 전기적 심조율전환 보험금(급여)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항의 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 결정합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라

장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)

에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부산정내역서, 진료비계산서·영수증, 장해진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만,

보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유

가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된

경우

⑨ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 보장개시)

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입기간 및 보험료 납입)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약

의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이

차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
제세동술 및 전기적 심조율전환 보험금(급여) (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환”을 받았을 경우	급여 제세동술 및 전기적 심조율전환 1회당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

급여 제세동술 및 전기적 심조율전환 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 제세동술 및 전기적 심조율전환”은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-12호, 2025.2.1 시행)」중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
제세동술 및 전기적 심조율전환[1일당]	M5880

② 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」등의 관련법령을 개정으로 진료행위 분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제11조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

1. 제세동술 및 전기적 심조율전환 보험금(급여) (제5조) 및 계약자적립액(제11조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 제세동술및전기적심조율전환급여 보장특약L(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 제세동술및전기적심조율전환급여보장 특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 제세동술및전기적심조율전환급여보장특약 L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습

니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("급여 제세동술 및 전기적심조율전환"의 정의)

이 특약에서 “급여 제세동술 및 전기적심조율전환”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 4) “급여 제세동술 및 전기적심조율전환 분류표”에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다.

제4조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제3조(“급여 제세동술 및 전기적심조율전환”의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 제세동술 및 전기적심조율전환 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 제세동술 및 전기적심조율전환 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제3조(“급여 제세동술 및 전기적심조율전환”의 정의)에도 불구하고 “급여 제세동술 및 전기적심조율전환 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유

판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는

보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “급여 제세동술 및 전기적심조율전환 관련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 제세동술 및 전기적심조율전환”을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 제세동술 및 전기적심조율전환 보험금(급여)[급여 제세동술 및 전기적심조율전환 1회당, (별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항의 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 결정합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부산정내역서, 진료비계산서·영수증, 진단서(병명기입), 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편

등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효

력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력

회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 보장개시)

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해

약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입기간 및 보험료 납입)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 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 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있

으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
제세동술 및 전기적심조율전환 보험금(급여) (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 제세동술 및 전기적심조율전환”을 받았을 경우	급여 제세동술 및 전기적심조율전환 1회당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

급여 제세동술 및 전기적심조율전환 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 제세동술 및 전기적심조율전환”은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-12호, 2025.2.1 시행)」중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
제세동술 및 전기적 심조율전환[1일당]	M5880

· 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」등의 관련법령을 개정으로 진료행위 분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

1. 제세동술 및 전기적 심조율전환 보험금(급여) (제5조)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당

주요3대질환입원간병인사용특약(간편N/갱신형)

약관

이 특약의 약관은 **무배당 주요3대질환입원간병인사용특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 주요3대질환입원간병인사용특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제12조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
4. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“주요3대질환”의 정의)

이 특약에서 “주요3대질환”이라 함은 제4조(“암”의 정의 및 진단확정), 제5조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정) 및 제6조(“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”, “뇌혈관질환”, “허혈심장질환”을 말합니다.

제4조 (“암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표”에서 정한 질병(이하 “암”이라 합니다)을 말합니다.

② “암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에

대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 5) “뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다

만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 “과거 무증상성 열공성 뇌경색증”으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “뇌혈관질환”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등의 결과에 일치되게 “뇌혈관질환”의 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제6조 (“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 6) “허혈심장질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서 상 사인이 “허혈심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제7조 (“입원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (“요양병원”의 정의)

이 특약에서 “요양병원”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 규정한 병원급 의료기관 중 국내의 요양병원 및 이에 상응하는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제9조 (“간병인” 및 “간병서비스”의 정의)

① 이 특약에서 “간병인”이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 병원에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 “간병서비스”라 함은 간병인이 피보험자가 병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원,

환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제10조(“간호·간병통합서비스”의 정의)에서 정한 “간호·간병통합서비스”는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제10조 (“간호·간병통합서비스”의 정의)

이 특약에서 “간호·간병통합서비스”라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

제11조 (간병인, 간병서비스 및 간호·간병통합서비스 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 간병인, 간병서비스 및 간호·간병통합서비스에 관한 기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “간병인, 간병서비스 및 간호·간병통합서비스 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “간병인, 간병서비스 및 간호·간병통합서비스 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “간병인, 간병서비스 및 간호·간병통합서비스 관련 법령”의 개정에 따라 “간호·간병통합서비스”가 폐지되는 경우

2. “간병인, 간병서비스 및 간호·간병통합서비스 관련 법령”의 개정에 따라 “간병인”, “간병서비스” 또는 “간호·간병통합서비스” 정의가 변경되어 제12조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 “간병인, 간병서비스 및 간호·간병통합서비스 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 “간병인”, ” 간병서비스” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “간병인, 간병서비스 및 간호·간병통합서비스 관련 법령”의 개정으로 “간병인”, “간병서비스” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제12조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금 [(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “주요3대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 병원(요양병원제외)에 입원하여 간병인을 사용한 경우

(1회 입원당 사용일수 180일 한도)

: 주요3대질환입원간병인사용급여금(요양병원제외)

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “주요3대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하여 간병인을 사용한 경우

(1회 입원당 사용일수 180일 한도)

: 주요3대질환입원간병인사용급여금(요양병원)

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생

한 경우 50% 감액 지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “주요3대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 병원(요양병원제외)에 입원하여 간호·간병통합서비스를 사용한 경우

(1회 입원당 사용일수 180일 한도)

: 주요3대질환입원간호·간병통합서비스사용급여금(요양병원제외)

(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제13조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제24조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제9조(“간병인” 및 “간병서비스”의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 제12조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에 해당하는 보험금을 지급합니다.

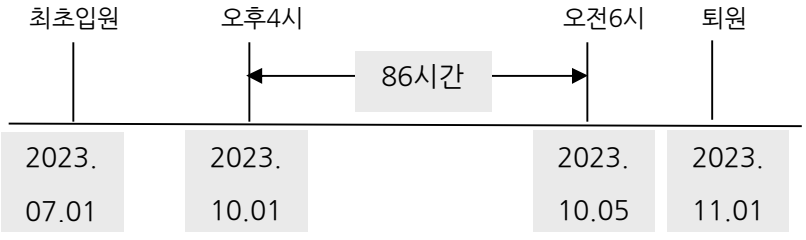
④ 제12조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 피보험자

가 제10조(“간호·간병통합서비스”의 정의)에서 정한 “간호·간병통합서비스”를 제공받을 때에는 주요3대질환입원간병인사용급여금(요양병원 제외) 또는 주요3대질환입원간병인사용급여금(요양병원)을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 보험계약일부터 1년 미만에 제12조(보험금의 지급사유) 제1호, 제2호 및 제3호에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

⑥ 제12조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제2호의 경우 1일당 8시간 이상 “간병인”을 사용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 주요3대질환입원간병인사용급여금(요양병원제외) 또는 주요3대질환입원간병인사용급여금(요양병원)을 지급합니다.

[간병인 사용 인정일수 계산 예시]



간병인을 86시간 이용하였을 때
→ 총 4일 지급(2023.10.01~2023.10.04)

⑦ 제12조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제3호의 경우 피보험자가 병원(요양병원제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “주요3대질환”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

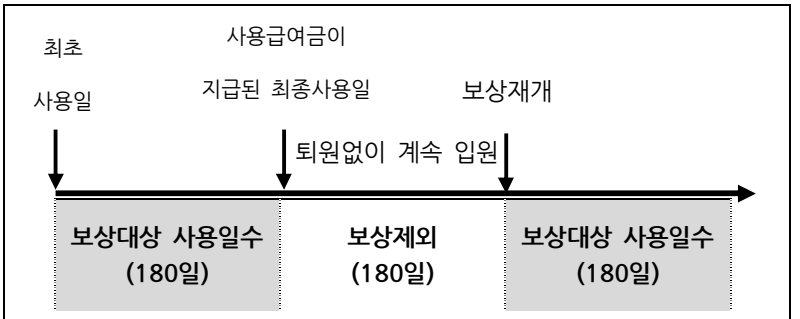
⑧ 제12조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “주요3대질환”으로 인

한 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑨ 제12조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제3호의 경우 각 1회 입원당 [“간병인” 또는 “간호·간병통합서비스” 사용일수](이하 “사용일수”라 합니다) 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 사용일수는 갱신 전후에 계속되는 총 [“간병인” 또는 “간호·간병통합서비스” 사용일](이하 “사용일”이라 합니다)을 기준으로 각 1회 입원당 180일을 최고한도로 하여 계산합니다.

⑩ 제12조(보험금의 지급사유)의 제1호에서 제3호의 경우 피보험자가 동일한 “주요3대질환”으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아서 각 사용일수를 더하여 제9항의 규정을 적용합니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 “주요3대질환”에 따른 입원이라도 [주요3대질환입원간병인사용급여금(요양병원제외), 주요3대질환입원간병인사용급여금(요양병원) 또는 주요3대질환입원간호·간병서비스급여금(요양병원제외)](이하 “사용급여금”이라 합니다)이 지급된 최종 사용일의 다음날부터 180일이 지난 후 사용한 “간병인” 또는 “간호·간병통합서비스”는 새로운 입원에 대한 “간병인” 또는 “간호·간병통합서비스”로 봅니다. 다만, 아래와 같이 사용급여금이 지급된 최종 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 “사용급여금”이 지급된 최종 사용일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



위에 예시된 내용은 제12조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제3호에 각각 적용됩니다.

⑫ 제12조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제3호의 경우 피보험자가 “사용급여금”의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여 제7항에서 제9항의 규정에 따라 “사용급여금”을 지급합니다.

⑬ 제7항, 제8항, 제9항, 제11항 및 제12항의 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑭ 제12조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제3호의 경우 실제 사용일을 각 호 별로 각각 합산하여 적용하며, 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날에 대해서는 “사용급여금”을 지급하지 않습니다.

⑮ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 “사용급여금”의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑯ 2가지 이상의 “주요3대질환”을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 “주요3대질환”으로 인한 “사용급여금”을 지급합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 피보험자의 제12조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자

와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑲ 제18항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑳ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

㉑ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

㉒ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

㉓ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준

에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉔ 제23항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉕ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

㉖ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉗ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제14조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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

제15조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제12조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제13조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제16조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 사망진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지 포함), 입·퇴원확인서, 장해진단서, 기타 간병인 사용확인서 등]
   3. “기타 간병인 사용 확인서”
      (1) 간병인 사용 기간(시간포함) 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 함. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래 방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음 가능)

(2) 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인 할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명 포함)

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

5. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

④ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제17조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제16조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험

금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제18조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제19조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제18조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나

다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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)

[사례]

보험계약을 청약하면서 보험을 모집한 자(보험설계사 등)에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험을 모집한 자(보

험설계사 등)에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제29조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제18조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제27조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제20조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제29조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으

로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우에는 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제24조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제27조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제21조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제22조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 경우

에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제23조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제29조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제24조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제24조(특약의 보험기간 및 갱신) 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을

계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제25조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제26조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지

않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제29조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제27조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을

취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제28조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제29조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제29조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제30조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
주요3대질환입원간병인 사용급여금 (요양병원제외) (제12조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “주요3대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 병원(요양병원제외)에 입원하여 간병인을 사용한 경우 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)	사용일수 1일당 5만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
주요3대질환입원간병인 사용급여금 (요양병원) (제12조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “주요3대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하여 간병인을 사용한 경우 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)	사용일수 1일당 1만원(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
주요3대질환입원간호·간병통합서비스 사용급여금(요양병원제외) (제12조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “주요3대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 병원(요양병원제외)에 입원하여 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)	사용일수 1일당 1만원(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되

었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2. 제1호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제24조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
4. 제12조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제2호의 경우 1일당 8시간 이상 “간병인”을 사용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 주요3대질환입원간병인사용급여금(요양병원제외) 또는 주요3대질환입원간병인사용급여금(요양병원)을 지급합니다.
5. 제12조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제3호의 경우 각 1회 입원당 사용일수 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 사용일수는 갱신 전후에 계속되는 총 사용일을 기준으로 각 1회 입원당 180일을 최고한도로 하여 계산합니다.
6. 제12조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제3호의 경우 실제 사용일을 각 호별로 각각 합산하여 적용하며, 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날에 대해서는 “사용급여금”을 지급하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호,

2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표

① 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 기타 피부의 악성신생물(암)	C44
7. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
8. 유방의 악성신생물(암)	C50
9. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
10. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
11. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
13. 갑상선의 악성신생물(암)	C73
14. 부신의 악성신생물(암)	C74

분류항목	분류코드
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
16. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
17. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
19. 진성 적혈구 증가증	D45
20. 골수 형성이상 증후군	D46
21. 만성 골수증식 질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판 혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77-C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌혈관질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3, 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

허혈심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 허혈심장질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제17조 제2항, 제20조 제5항 및 제29조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
사용급여금(제12조) 및 계약자적립액 (제20조 제5항)	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%)
해약환급금 (제29조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	·1년이내 : 평균공시이율의 50% ·1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 중증질환자[뇌혈관및심장질환] 산정특례대상보장특약(간편N/갱신형) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 중증질환자[뇌혈관및심장질환]산정특례대상보장특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 중증질환자[뇌혈관및심장질환] 산정특례대상보장특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융

감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"의 정의)

이 특약에서 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”이라 함은 (별표 4) “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표”에서 정한 대상에 해당하는 경우를 말합니다.

[설명]

본인일부부담금 산정특례제도

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청절차 및 적용기간

- “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”에 해당하는 사람은 별도의 등록절차없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.

- 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제4조 ("중증질환자 심장질환 산정특례대상"의 정의)

이 특약에서 "중증질환자 심장질환 산정특례대상"이라 함은 (별표 5) “중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표”에서 정한 대상에 해당하는 경우를 말합니다.

[설명]

중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청절차 및 적용기간

- “중증질환자 심장질환 산정특례대상”에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
- 중증질환자 심장질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제5조 (본인일부부담금 산정특례기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 “본인일부부담금 산정특례기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례 기준 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “본인일부부담금 산정특례 기준 관련 법령”의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. “본인일부부담금 산정특례 기준 관련 법령”의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상", "중증질환자 심장질환 산정특례대상” 신청이 불가능한 경우

> **[예시]**
> 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 관한 제도의 변경으로 산정특례대상의 구분이 세분화하거나, 통폐합하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “본인일부부담금 산정특례 기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내

용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 "본인일부부담금 산정특례기준 관련 법령"의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 변경되더

라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 특약의 보험기간 중 피보험자에게 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]를 지급합니다.

1. 피보험자가 특약의 보험기간 중 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 보험기간 중 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"으로 적용되었을 경우(다만, 연간 1회에 한함)
   : 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 급여금(최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 특약의 보험기간 중 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 보험기간 중 "중증질환자 심장질환 산정특례대상"으로 적용되었을 경우(다만, 연간 1회에 한함)
   : 중증질환자 심장질환 산정특례대상 급여금(최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않

습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 회사는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제(이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입면제되는 기간에 한함)합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 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 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

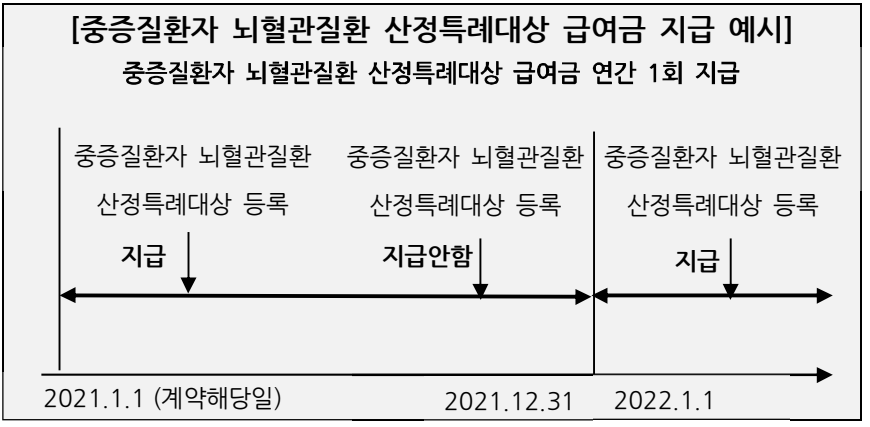
⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

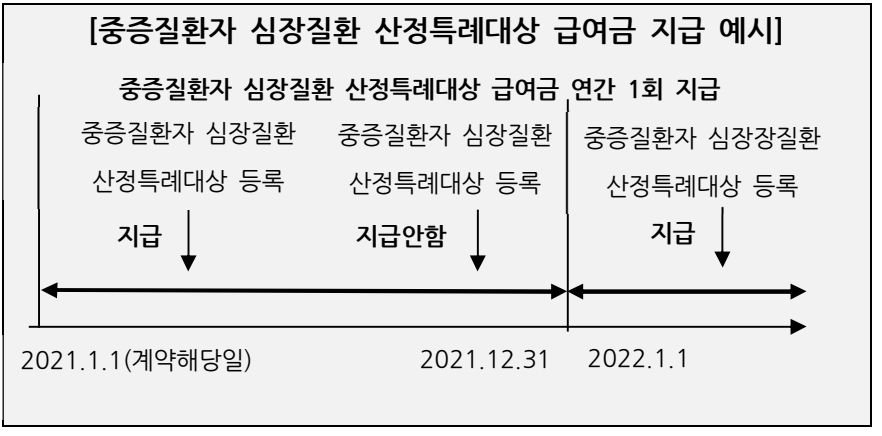
⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'에 해당하는 수술 또는 진료를 여러 번 시행하더라도 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑭ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호 '중증질환자 심장질환의 산정특례대상'에 해당하는 수술 또는 약제투여를 여러 번 시행하더라도 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑮ 제13항 및 제14항의 '연간'이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.





⑯ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

⑰ 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 보험금 지급사유가 발생하였으나, 보험금을 청구하지 않고 피보험자 사

망 이후 보험금을 청구한 경우에도 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제14조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제3호에 따라 사망 당시의 계약자적립액이 지급된 경우에는 중증질환자 산정특례대상 급여금에서 이미 지급된 사망 당시의 계약자적립액을 차감하여 지급합니다.

⑱ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 및 중증질환자 심장질환 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상급여금 및 중증질환자 심장질환 산정특례대상급여금을 지급하지 않습니다.

⑲ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑳ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할

수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수술코드, 약제성분명 기입), 진료비영수증(중증질환자(뇌혈관및심장질환)적용영수증), 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액

수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시

한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 했다

고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우
   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나

는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복)) 에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력 회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회

사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신 계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간

이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한

경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체 되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 급여금 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 보험기간 중 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"으로 적용되었을 경우(다만, 연간 1회에 한함)	1천만원 (최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
중증질환자 심장질환 산정특례대상 급여금 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 보험기간 중 “중증질환자 심장질환 산정특례대상"으로 적용되었을 경우(다만, 연간 1회에 한함)	1천만원 (최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. “2”에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 회사는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제(이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입면제되는 기간에 한함)합니다.
4. 위의 보험금 지급기준표의 내용 중 “1년 미만”이란 계약일부터 1년이 되는

시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

5. 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'에 해당하는 수술 또는 진료를 여러 번 시행하더라도 연간 1회에 한하여 보장합니다.
6. 제6조(보험금의 지급사유) 제2호 '중증질환자 심장질환의 산정특례대상'에 해당하는 수술 또는 약제투여를 여러 번 시행하더라도 연간 1회에 한하여 보장합니다.
7. 위의 보험금 지급기준표의 내용 중 '연간'이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 "장해분류표" 참조)

(별표 4)

중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024.1.1 시행)」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(별표 4)중 다음에 해당하는 대상을 말하며, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 대상 여부를 판단합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
[별첨1] “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환 분류표”에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 [별첨2] “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술 분류표”에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
[별첨1] “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환 분류표”에서 I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일 다만, [별첨1] “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환 분류표”에 해당하는 상병으로 [별첨2] “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술 분류표”에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
[별첨1] “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환 분류표”에서 I63에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료중 NIHSS가 5점 이상인 경우 다만, [별첨1] “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환 분류표”에 해당하는 상병으로 [별첨2] “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술 분류표”에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

※ NIHSS란, National Institutes of Health Stroke Scale 의 약자로, 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.

[별첨1] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환 분류표

상병명	상병코드
뇌혈관 질환	I60~I67
경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
후천성 동정맥루	I77.0
순환계통의 기타 선천기형	Q28.0~Q28.3
두개내손상	S06

[별첨2] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환 수술 분류표

수술명	수술코드
혈종제거를 위한 개두술	S4621,S4622
뇌동맥류수술	S4641,S4642
뇌동정맥기형적출술	S4653~S4658
두개강내 혈관문합술	S4661,S4662
단락술 또는 측로조성술	S4711~S4715
뇌엽절제술	S4780
뇌 기저부 수술	S4801~S4803
중추신경계정위수술 - 혈종제거	S4756
경피적풍선혈관성형술	M6593,M6594,M6597
경피적뇌혈관약물성형술	M6599
경피적혈관내 금속스텐트삽입술	M6601,M6602,M6605
경피적혈전제거술	M6630,M6632,M6635, M6636,M6637,M6639
혈관색전술	M1661~M1667,M6644
천두술	N0322~N0324
개두술 또는 두개절제술	N0333

혈관내 죽종제거술	O0226,O0227,O2066
경동맥결찰술	S4670
뇌내시경수술	S4744
뇌 정위적 방사선수술	HD113~HD115

(별표 5)

중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024.1.1 시행)」 중 다음에 해당하는 대상을 말하며, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 대상 여부를 판단합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
[별첨1] “본인일부부담금 산정특례 심장질환 분류표” 에 해당하는 심장질환자가 해당 질병의 치료를 위하여 [별첨2] “본인일부부담금 산정특례 심장질환 수술 분류표” 또는 [별첨3] “본인일부부담금 산정특례 심장질환 약제성분 분류표” 에 해당하는 수술 또는 약제투여를 받은 경우 최대 30일 다만, [별첨1] “본인일부부담금 산정특례 심장질환 분류표”에 해당하는 질병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 [별첨2] “본인일부부담금 산정특례 심장질환 수술 분류표”에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

[별첨1] 본인일부부담금 산정특례 심장질환 분류표

상병명	상병코드
심장의 양성 신생물	D15.1
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
만성 류마티스심장질환	I05~I09
허혈심장질환	I20~I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26, I28
기타 형태의 심장병	I30~I51
대동맥의죽상경화증	I70.0
대동맥동맥류 및 박리	I71

달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79.0, I79.1
대동맥궁증후군[다까야수]	M31.4
순환계통의 선천기형	Q20~Q25
대정맥혈관의 선천기형	Q26.0~Q26.4, Q26.8,Q26.9
흉부 혈관의 손상, 심장의 손상	S25~S26

[별첨2] 본인일부부담금 산정특례 심장질환 수술 분류표

수술명	수술코드
동맥관 우회로 조성술	OA640,OA641, OA647~OA649, O1640~O1641, O1643~O1649
심장 창상봉합술	O1660
동맥관개존폐쇄술	O1671,O1672
대동맥축착증수술	O1680
폐쇄식 승모판 교련 절개술	O1690
심혈관단락술	O1701,O1702
폐동맥결찰술	O1703,O1704
심방중격결손조성술	O1705
심방, 심실중격결손증수술	O1710,O1711, O1721~O1723
판막협착증수술	O1730,O1740, O1750,O1760
심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1770
판막성형술	O1781~O1784

인공판막치환술	O1791~O1793,O1797
인공판막재치환술	O1794~O1796,O1798
비봉합 대동맥판막치환술	O1799
활로씨 4 증후군 근본수술	O1800
심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1810
심내막상결손증 수술	O1821,O1822
좌심실류절제술	O1823
좌심실용적축소성형술	O1824
좌심실, 우심실 유출로 성형술	O1825,O1826
관상동맥 내막절제술	O1830
발살바동 동맥류파열수술	O1840
동정맥기형교정술	O1841
기타 복잡기형에 대한 심장수술	O1851,O1852
좌우폐동맥 성형술	O1861
기능적 단심실증 교정술	O1873,O1874
라스텔리씨수술	O1875
총 폐정맥 환류이상증 수술	O1878
대혈관전위증 수술	O1879
심실 보조장치 치료술	O0881,O0882, O0883,O0886, O0887,O0888,O0889
인공심폐순환	O1890
개흉심장마사지	O1895
부분체외순환	O1901~O1902
체외순환막형산화요법	O1903~O1904,O1907
국소관류	O1910

대동맥내풍선펌프	O1921,O1922
심낭루조성술	O1931
심낭창형성술	O1932,O1935
심막절제술	O1940
폐동맥혈전제거술	O1950
대동맥-폐동맥 창 폐쇄술	O1960
심내이물제거술	O1970
심장종양제거술	O1981,O1982
심박기거치술	O2001,O2004, O2005,O2009, O0203~O0210, O0241~O0243
부정맥수술	O2006,O2007
심율동전환 제세동기거치술	O0211,O0212, O2211,O2212
동맥류 절제술	O2021,O2022, O2031~O2033
혈전제거술-심장	O0260
경피적 동맥관개존 폐쇄술	M6510
경피적 심방중격결손폐쇄술	OZ751
경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술	M6513
경피적 심방중격절개술	M6521,M6522
경피적 심장 판막성형술	M6531~M6533
부정맥의 고주파절제술 및 냉각절제술	M6541~M6543, M6546~M6548,M6550/ M0651,M0657,M0658, M0661,M0662

경피적 관상동맥확장술	M6551,M6552, M6553,M6554
경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6561~M6564, M6565~M6567
경피적 관상동맥죽상반절제술	M6571,M6572
경피적 대동맥판삽입	M6580,M6581,M6582
경피적 폐동맥판 삽입술	M6585
경피적 풍선혈관성형술	M6595~M6597
경피적 혈관내 금속스텐트삽입술	M6603~M6605
경피적 혈관내 스텐트-이식설치술	M6611~M6613
대동맥 혈관내 이식편 고정술	M6651,M6652
경피적 혈관내 죽종제거술	M6620
경피적 혈전제거술	M6632,M6634, M6638,M6639
혈관색전술	M6644
심장이식술	Q8080
심장 및 폐이식술	Q8103

[별첨3] 본인일부부담금 산정특례 심장질환 약제성분 분류표

약제성분명	주사제
Alteplase	주사제
Tenecteplase	주사제
Urokinase	주사제

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

1. 산정특례대상 급여금(제6조 제1호 및 제2호), 계약자적립액 (제14조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의

사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 중환자실입원특약(간편N/갱신형) 약관

이 특약의 약관은 무배당 중환자실입원특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 중환자실입원특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
4. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장해: (별표3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“중환자실” 및 “입원”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “중환자실” 이라 함은 “「의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2.중환자실」”에 부합하는 입원치료실[(별표 5) “의료기관의 시설규격(중환자실)” 참조]을 말합니다.

다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

② 이 특약에서 “입원”이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 중환자실에 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 중환자실입원급여금[(별

표1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

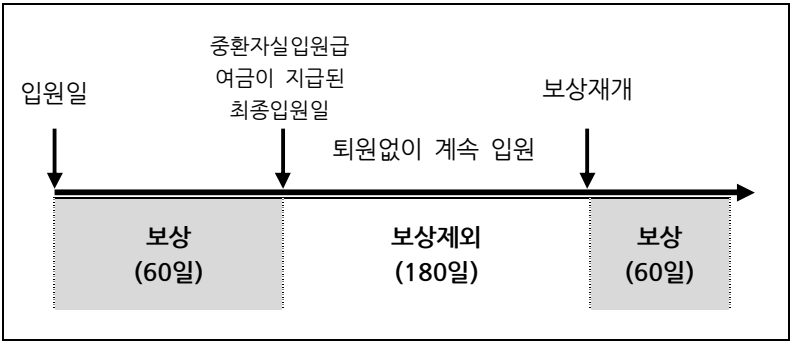
③ 제3조(“중환자실” 및 “입원”의 정의와 장소)에서 정한 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인한 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

④ 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 중환자실입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다.

⑤ 제4조(보험금의 지급사유)의 중환자실입원급여금은 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아서 각 입원일수를 더하여 제4항의 규정을 적용합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 따른 입원이라도 중환자실입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만,

아래와 같이 중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑦ 피보험자가 중환자실입원급여금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속중인 중환자실입원기간에 대하여 제4항의 규정에 따라 계속 중환자실입원급여금을 지급합니다.

⑧ 제3항, 제6항 및 제7항의 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 중환자실 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 중환자실입원급여금을 지급합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 피보험자의 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병

원 소속전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑬ 제12항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑰ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑱ 제17항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두

가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑲ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑳ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉑ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입•퇴원확인서(중환자실 입원기간 기입), 장해진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때

에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에

따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결

과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가

발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우에는 회사는 이 특약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 이 약관 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

제17조 (특약의 갱신)

① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신

이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관

의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
중환자실입원 급여금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 중환자실에 입원하였을 때	중환자실입원일수 1일당 3만원 (1회 입원당 지급일수 60일 한도)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 제1호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호,

2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98) 에 해당하는 질병 및 재해
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 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 치과보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자에게 질병이 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다
2. 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 다시 판

단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 5)

의료기관의 시설규격(중환자실)

“「의료법」시행규칙 제34조(의료기관의 시설규격)에 따른 별표 4(의료기관의 시설규격) 2. 중환자실”의 시설규격은 다음과 같습니다.

1. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
2. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
3. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
4. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
5. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
6. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함),심전도기록

기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

7. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
8. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
9. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
10. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야한다.
11. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 중환자실입원급여금 (제4조) 및 계약자적립액 (제12조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항)

적립기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내	평균공시이율의 50%
	1년 초과 기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하

는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 질병(특정질병제외)및재해수술(상급종합병원)특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 질병(특정질병제외)및재해수술(상급종합병원)특약H(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병(특정질병제외)및재해수술(상급종합병원)특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출

방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("수술"의 정의와 장소)

① 이 특약에서 "수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다.

이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한

기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외합니다.

[수술의 정의에 해당하지 않는 경우(예시)]
변연절제가 포함되지 않은 단순 창상봉합술은 수술의 정의에 해당하지 않으므로 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 "수술"은 "악성 신생물(암) 근치 방사선 조사[5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함합니다]" 및 "두개내신생물 근치 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료"를 포함합니다.

③ 제2항의 "근치(根治)" 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

④ 제2항의 "악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법을 말합니다.

⑤ 제2항의 "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.

제4조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제5조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규정 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해[(별표 4) “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표” 참조, 이하 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”라 합니다]의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “질병(특정질병제외) 및 재해 상급종합병원 수술보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.(다만, 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분

류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항의 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 결정합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한

때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 제6조(보험금의 지급사유)의 질병(특정질병제외) 및 재해 상급종합병원 수술보험금은 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.

“동일한 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(3자리)가 같은 질병을 말하며, "연간"이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[동일한 질병 기준 예시]
C22.0(간세포암종의 악성 신생물)과 C22.1(간내담관암종의 악성 신생물)의 경우 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(C22)가 같으므로 동일한 질병으로 봅니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안" 이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 “청약일"로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)
① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정

한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후에 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료

납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병(특정질병제외) 및 재해 상급종합병원 수술보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받았을 경우 (다만, 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.)	수술1회당 20만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다
3. 이 특약에서 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”라 함은 (별표 4) “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표”에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
4. 이 특약에서 “동일한 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
5. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표

1. 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 수술 보장 대상 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 다음 각 목에 해당하는 사항

가. 정신 및 행동장애(F04~F99)

나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

다. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)

라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

마. 비만(E66)

바. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

사. 치핵 및 직장 또는 항문 관련 질환(K60~K62, K64)

아. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

자. 한의병명, 한의병증, 사상체질병증 등 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

차. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성신생물 및 폴립(D12, K63.5)

카. 수정체의 장애(H25~H28)

② 건강검진, 예방접종, 인공유산
(다만, 회사가 보장하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 제외합니다)

③ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

④ 다음 각 목에 해당하는 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀,

여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence) · 불감증

라. 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 제외합니다)

마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)

바. 검열반 등 안과질환

⑤ 다음 각 목에 해당하는 수술로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제외합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 제외합니다)·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 제외합니다)

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 수술 보장 대상 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 수술 보장 대상 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제2호에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제1호 자목에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제5조 제4항, 제11조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제4항 관련)

1. 질병(특정질병제외) 및 재해 상급종합병원 수술보험금 (제6조) 및 계약자적립액(제12조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표

시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 질병(특정질병제외)및재해수술(상급종합병원)특약L(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 질병(특정질병제외)및재해수술(상급종합병원)특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병(특정질병제외)및재해수술(상급종합병원)특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출

방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다.

이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한

기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외합니다.

[수술의 정의에 해당하지 않는 경우(예시)]
변연절제가 포함되지 않은 단순 창상봉합술은 수술의 정의에 해당하지 않으므로 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 "수술"은 "악성 신생물(암) 근치 방사선 조사[5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함합니다]" 및 "두개내신생물 근치 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료"를 포함합니다.

③ 제2항의 "근치(根治)" 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

④ 제2항의 "악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법을 말합니다.

⑤ 제2항의 "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.

제4조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제5조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규정 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해[(별표 4) “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표” 참조, 이하 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”라 합니다]의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “질병(특정질병제외) 및 재해 상급종합병원 수술보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.(다만, 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분

류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항의 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 결정합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한

때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 제6조(보험금의 지급사유)의 질병(특정질병제외) 및 재해 상급종합병원 수술보험금은 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.

“동일한 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(3자리)가 같은 질병을 말하며, "연간"이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[동일한 질병 기준 예시]
C22.0(간세포암종의 악성 신생물)과 C22.1(간내담관암종의 악성 신생물)의 경우 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(C22)가 같으므로 동일한 질병으로 봅니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안" 이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는

특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정

한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후에 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료

납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병(특정질병제외) 및 재해 상급종합병원 수술보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받았을 경우 (다만, 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.)	수술1회당 20만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”라 함은 (별표 4) “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표”에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
3. 이 특약에서 “동일한 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
4. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표

1. 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 수술 보장 대상 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 다음 각 목에 해당하는 사항

가. 정신 및 행동장애(F04~F99)

나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

다. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)

라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

마. 비만(E66)

바. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

사. 치핵 및 직장 또는 항문 관련 질환(K60~K62, K64)

아. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

자. 한의병명, 한의병증, 사상체질병증 등 한국표준질병·사인분류상의(U00~U99)에 해당하는 질병

차. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성신생물 및 폴립(D12, K63.5)

카. 수정체의 장애(H25~H28)

② 건강검진, 예방접종, 인공유산
(다만, 회사가 보장하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 제외합니다)

③ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

④ 다음 각 목에 해당하는 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀,

여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence) · 불감증

라. 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 제외합니다)

마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)

바. 검열반 등 안과질환

⑤ 다음 각 목에 해당하는 수술로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제외합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 제외합니다)·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 제외합니다)

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 수술 보장 대상 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 수술 보장 대상 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제2호에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제1호 자목에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제5조 제4항, 제11조 제2항 및 제21조 제4항 관련)

1. 질병(특정질병제외) 및 재해 상급종합병원 수술보험금 (제6조) 및 계약자적립액(제5조 제4항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 질병(특정질병제외)및재해수술(종합병원)특약H(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 질병(특정질병제외)및재해수술(종합병원)특약H(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병(특정질병제외)및 재해수술(종합병원)특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출

방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다.

이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한

기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외합니다.

[수술의 정의에 해당하지 않는 경우(예시)]
변연절제가 포함되지 않은 단순 창상봉합술은 수술의 정의에 해당하지 않으므로 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 "수술"은 "악성 신생물(암) 근치 방사선 조사[5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함합니다]" 및 "두개내신생물 근치 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료"를 포함합니다.

③ 제2항의 "근치(根治)" 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

④ 제2항의 "악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법을 말합니다.

⑤ 제2항의 "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.

제4조 (“종합병원”의 정의)

이 특약에서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제5조 (종합병원 등 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“종합병원”의 정의)에 의한 종합병원 및 상급종합병원의 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 종합병원 및 상급종합병원 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 종합병원 및 상급종합병원의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정으로 종합병원 및 상급종합병원의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해[(별표 4) “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표” 참조, 이하 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”라 합니다]의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “질병(특정질병제외) 및 재해 종합병원 수술보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.(다만, 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률

의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 제6조(보험금의 지급사유)의 질병(특정질병제외) 및 재해 종합병원 수술보험금은 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1

회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.
“동일한 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(3자리)가 같은 질병을 말하며, "연간"이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[동일한 질병 기준 예시]
C22.0(간세포암종의 악성 신생물)과 C22.1(간내담관암종의 악성 신생물)의 경우 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(C22)가 같으므로 동일한 질병으로 봅니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부

규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안" 이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)
① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정

한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후에 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료

납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병(특정질병제외) 및 재해 종합병원 수술보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 경우 (다만, 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.)	수술1회당 20만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다
3. 이 특약에서 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”라 함은 (별표 4) “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표”에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
4. 이 특약에서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.
5. 이 특약에서 “동일한 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
6. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호,

2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표

1. 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 수술 보장 대상 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 다음 각 목에 해당하는 사항

가. 정신 및 행동장애(F04~F99)

나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

다. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)

라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

마. 비만(E66)

바. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

사. 치핵 및 직장 또는 항문 관련 질환(K60~K62, K64)

아. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

자. 한의병명, 한의병증, 사상체질병증 등 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

차. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성신생물 및 폴립(D12, K63.5)

카. 수정체의 장애(H25~H28)

② 건강검진, 예방접종, 인공유산
(다만, 회사가 보장하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 제외합니다)

③ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

④ 다음 각 목에 해당하는 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀,

여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence) · 불감증

라. 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 제외합니다)

마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)

바. 검열반 등 안과질환

⑤ 다음 각 목에 해당하는 수술로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제외합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 제외합니다)·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 제외합니다)

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 수술 보장 대상 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 수술 보장 대상 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제2호에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제1호 자목에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제5조 제4항, 제11조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제4항 관련)

1. 질병(특정질병제외) 및 재해 종합병원 수술보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제5조 제4항 및 제12조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표

시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 질병(특정질병제외)및재해수술(종합병원)특약L(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 질병(특정질병제외)및재해수술(종합병원)특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병(특정질병제외)및재해수술(종합병원)특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출

방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("수술"의 정의와 장소)

① 이 특약에서 "수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다.

이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한

기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외합니다.

[수술의 정의에 해당하지 않는 경우(예시)]
변연절제가 포함되지 않은 단순 창상봉합술은 수술의 정의에 해당하지 않으므로 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 "수술"은 "악성 신생물(암) 근치 방사선 조사[5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함합니다]" 및 "두개내신생물 근치 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료"를 포함합니다.

③ 제2항의 "근치(根治)" 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

④ 제2항의 "악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법을 말합니다.

⑤ 제2항의 "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.

제4조 (“종합병원”의 정의)

이 특약에서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제5조 (종합병원 등 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“종합병원”의 정의)에 의한 종합병원 및 상급종합병원의 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 종합병원 및 상급종합병원 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 종합병원 및 상급종합병원의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정으로 종합병원 및 상급종합병원의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해[(별표 4) “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표” 참조, 이하 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”라 합니다]의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “질병(특정질병제외) 및 재해 종합병원 수술보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.(다만, 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률

의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 제6조(보험금의 지급사유)의 질병(특정질병제외) 및 재해 종합병원 수술보험금은 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1

회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.
“동일한 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(3자리)가 같은 질병을 말하며, "연간"이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[동일한 질병 기준 예시]
C22.0(간세포암종의 악성 신생물)과 C22.1(간내담관암종의 악성 신생물)의 경우 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(C22)가 같으므로 동일한 질병으로 봅니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부

규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안" 이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는

특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정

한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후에 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료

납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병(특정질병제외) 및 재해 종합병원 수술보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 경우 (다만, 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.)	수술1회당 20만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”라 함은 (별표 4) “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표”에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
3. 이 특약에서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.
4. 이 특약에서 “동일한 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
5. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단

합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표

1. 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 수술 보장 대상 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 다음 각 목에 해당하는 사항

가. 정신 및 행동장애(F04~F99)

나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

다. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)

라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

마. 비만(E66)

바. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

사. 치핵 및 직장 또는 항문 관련 질환(K60~K62, K64)

아. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

자. 한의병명, 한의병증, 사상체질병증 등 한국표준질병·사인분류상의(U00~U99)에 해당하는 질병

차. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성신생물 및 폴립(D12, K63.5)

카. 수정체의 장애(H25~H28)

② 건강검진, 예방접종, 인공유산

(다만, 회사가 보장하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 제외합니다)

③ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

④ 다음 각 목에 해당하는 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀,

여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence) · 불감증

라. 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 제외합니다)

마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)

바. 검열반 등 안과질환

⑤ 다음 각 목에 해당하는 수술로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제외합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 제외합니다)·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 제외합니다)

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 수술 보장 대상 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 수술 보장 대상 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제2호에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제1호 자목에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제5조 제4항, 제11조 제2항 및 제21조 제4항 관련)

1. 질병(특정질병제외) 및 재해 종합병원 수술보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제5조 제4항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 질병(특정질병제외)및재해수술특약H(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 질병(특정질병제외)및재해수술특약H(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병(특정질병제외)및재해수술특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제14조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출

방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다.

이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한

기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외합니다.

[수술의 정의에 해당하지 않는 경우(예시)]
변연절제가 포함되지 않은 단순 창상봉합술은 수술의 정의에 해당하지 않으므로 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 "수술"은 "악성 신생물(암) 근치 방사선 조사[5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함합니다]" 및 "두개내신생물 근치 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료"를 포함합니다.

③ 제2항의 "근치(根治)" 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

④ 제2항의 "악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법을 말합니다.

⑤ 제2항의 "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.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해[(별표 4) “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표” 참조, 이하 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”라 합니다]의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “질병(특정질병제외) 및 재해수술보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.(다만, 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항의 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 결정합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라

장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 제4조(보험금의 지급사유)의 질병(특정질병제외) 및 재해 수술보험금은 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.

“동일한 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(3자리)가 같은 질병을 말하며, "연간"이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[동일한 질병 기준 예시]

C22.0(간세포암종의 악성 신생물)과 C22.1(간내담관암종의 악성 신생물)의 경우 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(C22)가 같으므로 동일한 질병으로 봅니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거

나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서

류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금

을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납

입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안" 이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제17조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙

전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정

한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제17조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후에 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료

납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병(특정질병제외) 및 재해 수술보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 (다만, 동일한 질병으로 인한 경우 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우 1일 1회에 한하여 지급합니다.)	수술1회당 20만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”라 함은 (별표 4) “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표”에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
4. 이 특약에서 “동일한 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
5. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표

1. 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 수술 보장 대상 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 다음 각 목에 해당하는 사항

가. 정신 및 행동장애(F04~F99)

나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

다. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)

라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

마. 비만(E66)

바. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

사. 치핵 및 직장 또는 항문 관련 질환(K60~K62, K64)

아. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

자. 한의병명, 한의병증, 사상체질병증 등 한국표준질병·사인분류상의(U00~U99)에 해당하는 질병

차. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성신생물 및 폴립(D12, K63.5)

카. 수정체의 장애(H25~H28)

② 건강검진, 예방접종, 인공유산

(다만, 회사가 보장하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 제외합니다)

③ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

④ 다음 각 목에 해당하는 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀,

여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence) · 불감증

라. 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 제외합니다)

마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)

바. 검열반 등 안과질환

⑤ 다음 각 목에 해당하는 수술로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제외합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 제외합니다)·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 제외합니다)

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 수술 보장 대상 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 수술 보장 대상 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제2호에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제1호 자목에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제10조 제5항 및 제19조 제4항 관련)

1. 질병(특정질병제외) 및 재해 수술보험금 (제4조) 및 계약자적립액(제10조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표

시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사 표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 질병(특정질병제외)및재해수술특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 질병(특정질병제외)및재해수술특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병(특정질병제외)및재해수술특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제14조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출

방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다.

이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한

기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외합니다.

[수술의 정의에 해당하지 않는 경우(예시)]
변연절제가 포함되지 않은 단순 창상봉합술은 수술의 정의에 해당하지 않으므로 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 "수술"은 "악성 신생물(암) 근치 방사선 조사[5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함합니다]" 및 "두개내신생물 근치 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료"를 포함합니다.

③ 제2항의 "근치(根治)" 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

④ 제2항의 "악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법을 말합니다.

⑤ 제2항의 "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.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해[(별표 4) “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표” 참조, 이하 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”라 합니다]의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “질병(특정질병제외) 및 재해 수술보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.(다만, 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑤ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑥ 제1항의 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 결정합니다.

⑦ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라

장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 제4조(보험금의 지급사유)의 질병(특정질병제외) 및 재해 수술보험금은 동일한 질병으로 인한 경우에는 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우에는 1일 1회에 한하여 지급합니다.

“동일한 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(3자리)가 같은 질병을 말하며, "연간"이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[동일한 질병 기준 예시]

C22.0(간세포암종의 악성 신생물)과 C22.1(간내담관암종의 악성 신생물)의 경우 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(C22)가 같으므로 동일한 질병으로 봅니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거

나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이

차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안" 이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없

는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제17조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복)) 에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 “청약일"로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개

시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제17조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는

보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이

종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후에 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병(특정질병제외) 및 재해 수술보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 (다만, 동일한 질병으로 인한 경우 연간 1회에 한하여 지급하며, 재해로 인한 경우 1일 1회에 한하여 지급합니다.)	수술1회당 20만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해”라 함은 (별표 4) “수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표”에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
3. 이 특약에서 “동일한 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류상 분류번호의 소분류(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
4. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

수술 보장 대상 질병(특정질병제외) 및 재해분류표

1. 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 수술 보장 대상 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 다음 각 목에 해당하는 사항

가. 정신 및 행동장애(F04~F99)

나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

다. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)

라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

마. 비만(E66)

바. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

사. 치핵 및 직장 또는 항문 관련 질환(K60~K62, K64)

아. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

자. 한의병명, 한의병증, 사상체질병증 등 한국표준질병·사인분류상의(U00~U99)에 해당하는 질병

차. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성신생물 및 폴립(D12, K63.5)

카. 수정체의 장애(H25~H28)

② 건강검진, 예방접종, 인공유산
(다만, 회사가 보장하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 제외합니다)

③ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

④ 다음 각 목에 해당하는 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀,

여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence) · 불감증

라. 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 제외합니다)

마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)

바. 검열반 등 안과질환

⑤ 다음 각 목에 해당하는 수술로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제외합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 제외합니다)·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 제외합니다)

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 수술 보장 대상 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 수술 보장 대상 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제2호에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제1호 자목에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제19조 제4항 관련)

1. 질병(특정질병제외) 및 재해 수술보험금 (제4조)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 질병및재해수술(상급종합병원) 특약H(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 질병및재해수술(상급종합병원)특약H(간편N)를** 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병및재해수술(상급종합병원)특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.[제16조(특약의 보험기간) 참조]
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출

방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("수술"의 정의와 장소)

① 이 특약에서 "수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다.

이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한

기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외합니다.

[수술의 정의에 해당하지 않는 경우(예시)]
변연절제가 포함되지 않은 단순 창상봉합술은 수술의 정의에 해당하지 않으므로 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 "수술"은 "악성 신생물(암) 근치 방사선 조사[5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함합니다]" 및 "두개내신생물 근치 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료"를 포함합니다.

③ 제2항의 "근치(根治)" 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

④ 제2항의 "악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법을 말합니다.

⑤ 제2항의 "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.

제4조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제5조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규정 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의

변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해[(별표 4) “수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표” 참조, 이하 “수술 보장 대상 질병 및 재해”라 합니다]의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “질병 및 재해 상급종합병원 수술보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.(다만, 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한하며, 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급합니다)

② 제1항의 “질병”이란 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에서 “재해”를 제외한 것을 의미합니다.

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 제6조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입

면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 제6조(보험금의 지급사유)의 질병 및 재해 상급종합병원 수술보험금은 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한하여 지급합니다. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안" 이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)
① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정

한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후에 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연

체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병 및 재해 상급종합병원 수술보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받았을 경우 (다만, 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한합니다.)	수술1회당 20만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급합니다.)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 “수술 보장 대상 질병 및 재해”라 함은 (별표 4) “수술 보장 대상 질병 및 재해 II 분류표”에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
4. 제6조(보험금의 지급사유)의 “질병”이란 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에서 “재해”를 제외한 것을 의미합니다.
5. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표

1. 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 수술 보장 대상 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 다음 각 목에 해당하는 사항

가. 정신 및 행동장애(F04~F99)

나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

다. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)

라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

마. 비만(E66)

바. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

사. 치핵 및 직장 또는 항문 관련 질환(K60~K62, K64)

아. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

자. 한의병명, 한의병증, 사상체질병증 등 한국표준질병·사인분류상의(U00~U99)에 해당하는 질병

② 건강검진, 예방접종, 인공유산
(다만, 회사가 보장하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 제외합니다)

③ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

④ 다음 각 목에 해당하는 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence) · 불감증

라. 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 제외합니다)
마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)
바. 검열반 등 안과질환

⑤ 다음 각 목에 해당하는 수술로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제외합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 제외합니다)·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 제외합니다)

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 수술 보장 대상 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 수술 보장 대상 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및

재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제2호에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제1호 자목에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제5조 제4항, 제11조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제4항 관련)

1. 질병 및 재해 상급종합병원 수술보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제12조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표

시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사 표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 질병및재해수술(상급종합병원) 특약L(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 질병및재해수술(상급종합병원)특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병및재해수술(상급종합병원)특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.[제16조(특약의 보험기간) 참조]
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출

방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다.

이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한

기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외합니다.

[수술의 정의에 해당하지 않는 경우(예시)]
변연절제가 포함되지 않은 단순 창상봉합술은 수술의 정의에 해당하지 않으므로 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 "수술"은 "악성 신생물(암) 근치 방사선 조사[5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함합니다]" 및 "두개내신생물 근치 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료"를 포함합니다.

③ 제2항의 "근치(根治)" 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

④ 제2항의 "악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법을 말합니다.

⑤ 제2항의 "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.

제4조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제5조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규정 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 “상급종합병원” 제도의 변경으로 “상급종합병원” 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의

변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “상급종합병원”의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”의 개정으로 “상급종합병원”의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해[(별표 4) “수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표” 참조, 이하 “수술 보장 대상 질병 및 재해”라 합니다]의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “질병 및 재해 상급종합병원 수술보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.(다만, 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한하며, 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급합니다)

② 제1항의 “질병”이란 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에서 “재해”를 제외한 것을 의미합니다.

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 제6조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입

면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 제6조(보험금의 지급사유)의 질병 및 재해 상급종합병원 수술보험금은 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한하여 지급합니다. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안" 이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는

특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정

한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후에 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연

체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병 및 재해 상급종합병원 수술보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받았을 경우 (다만, 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한합니다.)	수술1회당 20만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급합니다.)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 “수술 보장 대상 질병 및 재해”라 함은 (별표 4) “수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표”에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
3. 제6조(보험금의 지급사유)의 “질병”이란 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에서 “재해”를 제외한 것을 의미합니다.
4. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표

1. 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 수술 보장 대상 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 다음 각 목에 해당하는 사항

가. 정신 및 행동장애(F04~F99)

나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

다. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)

라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

마. 비만(E66)

바. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

사. 치핵 및 직장 또는 항문 관련 질환(K60~K62, K64)

아. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

자. 한의병명, 한의병증, 사상체질병증 등 한국표준질병·사인분류상의(U00~U99)에 해당하는 질병

② 건강검진, 예방접종, 인공유산
(다만, 회사가 보장하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 제외합니다)

③ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

④ 다음 각 목에 해당하는 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence) · 불감증

라. 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 제외합니다)
마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)
바. 검열반 등 안과질환

⑤ 다음 각 목에 해당하는 수술로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제외합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 제외합니다)·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 제외합니다)

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 수술 보장 대상 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 수술 보장 대상 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및

재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제2호에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제1호 자목에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제5조 제4항, 제11조 제2항 및 제21조 제4항 관련)

1. 질병 및 재해 상급종합병원 수술보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제5조 제4항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 질병및재해수술(종합병원)특약H(간편N) 약 관

이 특약의 약관은 **무배당 질병및재해수술(종합병원)특약H(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병및재해수술(종합병원)특약H(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.[제16조(특약의 보험기간) 참조]
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출

방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("수술"의 정의와 장소)

① 이 특약에서 "수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다.

이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한

기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외합니다.

[수술의 정의에 해당하지 않는 경우(예시)]
변연절제가 포함되지 않은 단순 창상봉합술은 수술의 정의에 해당하지 않으므로 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 "수술"은 "악성 신생물(암) 근치 방사선 조사[5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함합니다]" 및 "두개내신생물 근치 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료"를 포함합니다.

③ 제2항의 "근치(根治)" 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

④ 제2항의 "악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법을 말합니다.

⑤ 제2항의 "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.

제4조 (“종합병원”의 정의)

이 특약에서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제5조 (종합병원 등 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“종합병원”의 정의)에 의한 종합병원 및 상급종합병원의 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 종합병원 및 상급종합병원 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의

변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 종합병원 및 상급종합병원의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정으로 종합병원 및 상급종합병원의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해[(별표 4) “수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표” 참조, 이하 “수술 보장 대상 질병 및 재해”라 합니다]의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “질병 및 재해 종합병원 수술보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.(다만, 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한하며, 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급합니다)

② 제1항의 “질병”이란 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에서 “재해”를 제외한 것을 의미합니다.

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 제6조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입

면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 제6조(보험금의 지급사유)의 질병 및 재해 종합병원 수술보험금은 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한하여 지급합니다. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안" 이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 “청약일"로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)
① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정

한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후에 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료

납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병 및 재해 종합병원 수술보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 경우 (다만, 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한합니다.)	수술1회당 20만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급합니다.)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 “수술 보장 대상 질병 및 재해”라 함은 (별표 4) “수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표”에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
4. 제6조(보험금의 지급사유)의 “질병”이란 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에서 “재해”를 제외한 것을 의미합니다.
5. 이 특약에서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.
6. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표

1. 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 수술 보장 대상 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 다음 각 목에 해당하는 사항

가. 정신 및 행동장애(F04~F99)

나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

다. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)

라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

마. 비만(E66)

바. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

사. 치핵 및 직장 또는 항문 관련 질환(K60~K62, K64)

아. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

자. 한의병명, 한의병증, 사상체질병증 등 한국표준질병·사인분류상의(U00~U99)에 해당하는 질병

② 건강검진, 예방접종, 인공유산
(다만, 회사가 보장하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 제외합니다)

③ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

④ 다음 각 목에 해당하는 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence) · 불감증

라. 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 제외합니다)
마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)
바. 검열반 등 안과질환

⑤ 다음 각 목에 해당하는 수술로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제외합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 제외합니다)·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 제외합니다)

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 수술 보장 대상 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 수술 보장 대상 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및

재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제2호에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제1호 자목에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제5조 제4항, 제11조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제4항 관련)

1. 질병 및 재해 종합병원 수술보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제5조 제4항 및 제12조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 질병및재해수술(종합병원)특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 질병및재해수술(종합병원)특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병및재해수술(종합병원)특약L(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.[제16조(특약의 보험기간) 참조]
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출

방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다.

이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한

기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외합니다.

[수술의 정의에 해당하지 않는 경우(예시)]
변연절제가 포함되지 않은 단순 창상봉합술은 수술의 정의에 해당하지 않으므로 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 "수술"은 "악성 신생물(암) 근치 방사선 조사[5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함합니다]" 및 "두개내신생물 근치 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료"를 포함합니다.

③ 제2항의 "근치(根治)" 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

④ 제2항의 "악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법을 말합니다.

⑤ 제2항의 "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.

제4조 (“종합병원”의 정의)

이 특약에서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제5조 (종합병원 등 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“종합병원”의 정의)에 의한 종합병원 및 상급종합병원의 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 종합병원 및 상급종합병원 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원 구분 지정이 불가능한 경우

[예시]
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의

변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 종합병원 및 상급종합병원의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “종합병원 등 지정기준 관련 법령”의 개정으로 종합병원 및 상급종합병원의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해[(별표 4) “수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표” 참조, 이하 “수술 보장 대상 질병 및 재해”라 합니다]의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “질병 및 재해 종합병원 수술보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.(다만, 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한하며, 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급합니다)

② 제1항의 “질병”이란 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에서 “재해”를 제외한 것을 의미합니다.

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 제6조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입

면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 제6조(보험금의 지급사유)의 질병 및 재해 종합병원 수술보험금은 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한하여 지급합니다. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안" 이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는

특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정

한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후에 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료

납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병 및 재해 종합병원 수술보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 경우 (다만, 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한합니다.)	수술1회당 20만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급합니다.)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 “수술 보장 대상 질병 및 재해”라 함은 (별표 4) “수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표”에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
3. 제6조(보험금의 지급사유)의 “질병”이란 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에서 “재해”를 제외한 것을 의미합니다.
4. 이 특약에서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.
5. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표

1. 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 수술 보장 대상 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 다음 각 목에 해당하는 사항

가. 정신 및 행동장애(F04~F99)

나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

다. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)

라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

마. 비만(E66)

바. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

사. 치핵 및 직장 또는 항문 관련 질환(K60~K62, K64)

아. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

자. 한의병명, 한의병증, 사상체질병증 등 한국표준질병·사인분류상의(U00~U99)에 해당하는 질병

② 건강검진, 예방접종, 인공유산
(다만, 회사가 보장하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 제외합니다)

③ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

④ 다음 각 목에 해당하는 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence) · 불감증

라. 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 제외합니다)
마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)
바. 검열반 등 안과질환

⑤ 다음 각 목에 해당하는 수술로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제외합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 제외합니다)·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 제외합니다)

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 수술 보장 대상 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 수술 보장 대상 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및

재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제2호에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제1호 자목에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제5조 제4항, 제11조 제2항 및 제21조 제4항 관련)

1. 질병 및 재해 종합병원 수술보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제5조 제4항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 질병및재해수술특약H
(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 질병및재해수술특약H(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병및재해수술특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.[제14조(특약의 보험기간) 참조]
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는

때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다.

이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은

최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외합니다.

[수술의 정의에 해당하지 않는 경우(예시)]
변연절제가 포함되지 않은 단순 창상봉합술은 수술의 정의에 해당하지 않으므로 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 "수술"은 "악성 신생물(암) 근치 방사선 조사[5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함합니다]" 및 "두개내신생물 근치 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료"를 포함합니다.

③ 제2항의 "근치(根治)" 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

④ 제2항의 "악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법을 말합니다.

⑤ 제2항의 "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.

제4조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해[(별표 4) “수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표” 참조, 이하 “수술 보장 대상 질병 및 재해”라 합니다]의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “질병 및 재해 수술보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.(다만, 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한하며, 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급합니다)

② 제1항의 “질병”이란 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에서 “재해”를 제외한 것을 의미합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계

에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 제4조(보험금의 지급사유)의 질병 및 재해 수술보험금은 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한하여 지급합니다. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니

다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경

우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부

터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안" 이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제17조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 "청약일"로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다

음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제17조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후에 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영

업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병 및 재해 수술보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 (다만, 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한합니다.)	수술1회당 20만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급합니다.)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 “수술 보장 대상 질병 및 재해”라 함은 (별표 4) “수술 보장 대상 질병 및 재해 II 분류표”에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
4. 제4조(보험금의 지급사유)의 “질병”이란 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에서 “재해”를 제외한 것을 의미합니다.
5. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표

1. 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 수술 보장 대상 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 다음 각 목에 해당하는 사항

가. 정신 및 행동장애(F04~F99)

나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

다. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)

라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

마. 비만(E66)

바. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

사. 치핵 및 직장 또는 항문 관련 질환(K60~K62, K64)

아. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

자. 한의병명, 한의병증, 사상체질병증 등 한국표준질병·사인분류상의(U00~U99)에 해당하는 질병

② 건강검진, 예방접종, 인공유산
(다만, 회사가 보장하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 제외합니다)

③ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

④ 다음 각 목에 해당하는 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence) · 불감증

라. 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 제외합니다)
마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)
바. 검열반 등 안과질환

⑤ 다음 각 목에 해당하는 수술로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제외합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 제외합니다)·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 제외합니다)

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 수술 보장 대상 질병 및 재해 여부를 판단합니다.
※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 수술 보장 대상 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및

재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제2호에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제1호 자목에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제10조 제5항 및 제19조 제4항 관련)

1. 질병 및 재해 수술보험금 (제4조) 및 계약자적립액 (제10조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 질병및재해수술특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 질병및재해수술특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병및재해수술특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.[제14조(특약의 보험기간) 참조]
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는

때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“수술”의 정의와 장소)

① 이 특약에서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다.

이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은

최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외합니다.

[수술의 정의에 해당하지 않는 경우(예시)]
변연절제가 포함되지 않은 단순 창상봉합술은 수술의 정의에 해당하지 않으므로 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 "수술"은 "악성 신생물(암) 근치 방사선 조사[5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함합니다]" 및 "두개내신생물 근치 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료"를 포함합니다.

③ 제2항의 "근치(根治)" 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

④ 제2항의 "악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법을 말합니다.

⑤ 제2항의 "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.

제4조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술 보장 대상 질병 및 재해[(별표 4) “수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표” 참조, 이하 “수술 보장 대상 질병 및 재해”라 합니다]의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “질병 및 재해 수술보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다.(다만, 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한하며, 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급합니다)

② 제1항의 “질병”이란 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에서 “재해”를 제외한 것을 의미합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계

에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 제4조(보험금의 지급사유)의 질병 및 재해 수술보험금은 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한하여 지급합니다. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니

다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경

우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안" 이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제17조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 “청약일"로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때

에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제17조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)로서

제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보

험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2.「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후에 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병 및 재해 수술보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 (다만, 질병 및 재해 각각에 대하여 연간 1회에 한합니다.)	수술1회당 20만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 질병을 원인으로 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하고, 재해를 원인으로 지급사유가 발생한 경우 100% 지급합니다.)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 “수술 보장 대상 질병 및 재해”라 함은 (별표 4) “수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표”에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
3. 제4조(보험금의 지급사유)의 “질병”이란 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에서 “재해”를 제외한 것을 의미합니다.
4. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

수술 보장 대상 질병 및 재해Ⅱ 분류표

1. 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 수술 보장 대상 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 다음 각 목에 해당하는 사항

가. 정신 및 행동장애(F04~F99)

나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

다. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)

라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

마. 비만(E66)

바. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

사. 치핵 및 직장 또는 항문 관련 질환(K60~K62, K64)

아. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

자. 한의병명, 한의병증, 사상체질병증 등 한국표준질병·사인분류상의(U00~U99)에 해당하는 질병

② 건강검진, 예방접종, 인공유산
(다만, 회사가 보장하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 제외합니다)

③ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

④ 다음 각 목에 해당하는 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence) · 불감증

라. 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 제외합니다)
마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)
바. 검열반 등 안과질환

⑤ 다음 각 목에 해당하는 수술로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제외합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 제외합니다)·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 제외합니다)

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 수술 보장 대상 질병 및 재해 여부를 판단합니다.
※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단(재해의 경우 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 수술 보장 대상 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및

재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제2호에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 수술 보장 대상 질병 및 재해' 제1호 자목에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제19조 제4항 관련)

1. 질병 및 재해 수술보험금 (제4조)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 질병장해보장특약H(간편N)
약관

이 특약의 약관은 무배당 질병장해보장특약H(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병장해보장특약H(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지

되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제14조(특약의 보험기간)]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 인하여 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다]에서 정한 장해지급률이 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 보험수익자에게 “질병장해급여금”[(별표 1) "보험금 지급기준표"참조]을 지급합니다. 다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간 이전 결정된 장해지급률이 있는 경우에는 보상하지 않습니다.
③ 피보험자와 회사가 장해지급률에 대한 이견으로 보험기간 중 합의가 이루어지지 않아 보험기간 종료 후에 최종 장해지급률이 결정되었다면 이는 보험기간 중 장해지급률이 결정된 것으로 봅니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
② 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 때에는 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.
③ 제3조(보험금의 지급사유) 및 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 재해 이외의 원인의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 재해 이외의 원인의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해 이외의 원인의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 재해 이외의 원인의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제3조(보험금의 지급사유) 및 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제3조(보험금의 지급사유) 및 제1항의 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 결정합니다.

⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제8항 및 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제3조(보험금의 지급사유)에서 다른 재해 이외의 원인으로 인하여 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 “질병장해급여금”을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 “질병장해급여금”에서 이미 지급받은 “질병장해급여금”을 차감한 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제3조(보험금의 지급사유)에서 그 재해 이외의 원인 전에 이미 다음 한 가지의 경우에 해당하는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체 동일 부위에 또다시 제11항에서 규정하는 다른 재해 이외의 원인으로 장해상태가 발생하였을 경우에는 그 장해상태에 대한 장해지급률을 차감하여 최종 장해지급률을 결정합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 따르거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 질병장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 위 1호 이외에 이 특약에서 규정한 질병장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 질병장해급여금이 지급되지 않았던 장해

【설명】
가입 전 : 팔에 장해지급률 30%의 장해상태
가입 후 : 동일한 재해 이외의 원인으로 팔에 장해지급률 40%가 가중되어 70%의 장해상태
이 경우 팔의 최종 장해상태는 장해지급률 70%이나, 가입 전 장해지급률 30%를 뺀 장해지급률 40%에 해당하는 질병장해급여금을 지급

⑬ 재해 이외의 동일한 원인으로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑭ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해 이외의 원인은 보험기간 중 발생한 재해 이외의 원인에 한합니다.

⑮ 제3조(보험금의 지급사유) 및 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의

의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서 (회사양식)

2. 사고증명서 (장해진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율계산”과 같이 계산합니다.

제9조 (보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 “사업방법서”에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 “질병장해급여금”의 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 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 재해 이외의 원인으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 재해 이외의 원인 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제17조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일내용으로 변경하여 드립니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는

보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한

경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여

드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약

환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 4) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
질병장해 급여금 (제3조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률이 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	1,000만원 × 해당 장해지급률 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해

가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항, 제10조 제5항 및 제19조 제4항 관련)

1. 질병장해급여금 (제3조) 및 계약자적립액(제10조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서

면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 질병장해보장특약L(간편N)
약관

이 특약의 약관은 무배당 질병장해보장특약L(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병장해보장특약L(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지

되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제14조(특약의 보험기간)]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 인하여 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다]에서 정한 장해지급률이 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 보험수익자에게 “질병장해급여금”[(별표 1) "보험금 지급기준표"참조]을 지급합니다. 다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간 이전 결정된 장해지급률이 있는 경우에는 보상하지 않습니다.
③ 피보험자와 회사가 장해지급률에 대한 이견으로 보험기간 중 합의가 이루어지지 않아 보험기간 종료 후에 최종 장해지급률이 결정되었다면 이는 보험기간 중 장해지급률이 결정된 것으로 봅니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
② 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 때에는 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.
③ 제3조(보험금의 지급사유) 및 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 재해 이외의 원인의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 재해 이외의 원인의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해 이외의 원인의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 재해 이외의 원인의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제3조(보험금의 지급사유) 및 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제3조(보험금의 지급사유) 및 제1항의 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 결정합니다.

⑧ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제8항 및 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제3조(보험금의 지급사유)에서 다른 재해 이외의 원인으로 인하여 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 “질병장해급여금”을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 “질병장해급여금”에서 이미 지급받은 “질병장해급여금”을 차감한 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제3조(보험금의 지급사유)에서 그 재해 이외의 원인 전에 이미 다음 한 가지의 경우에 해당하는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체 동일 부위에 또다시 제11항에서 규정하는 다른 재해 이외의 원인으로 장해상태가 발생하였을 경우에는 그 장해상태에 대한 장해지급률을 차감하여 최종 장해지급률을 결정합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 따르거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 질병장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 위 1호 이외에 이 특약에서 규정한 질병장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 질병장해급여금이 지급되지 않았던 장해

【설명】
가입 전 : 팔에 장해지급률 30%의 장해상태
가입 후 : 동일한 재해 이외의 원인으로 팔에 장해지급률 40%가 가중되어 70%의 장해상태
이 경우 팔의 최종 장해상태는 장해지급률 70%이나, 가입 전 장해지급률 30%를 뺀 장해지급률 40%에 해당하는 질병장해급여금을 지급

⑬ 재해 이외의 동일한 원인으로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑭ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해 이외의 원인은 보험기간 중 발생한 재해 이외의 원인에 한합니다.

⑮ 제3조(보험금의 지급사유) 및 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의

의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서 (회사양식)

2. 사고증명서 (장해진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 4) “보험금을 지급할 때의 적립이율계산”과 같이 계산합니다.

제9조 (보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 “사업방법서”에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 “질병장해급여금”의 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 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나

는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 재해 이외의 원인으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 재해 이외의 원인 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제17조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에

는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도

해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금

을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약

보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 4) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
질병장해 급여금 (제3조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률이 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	1,000만원 × 해당 장해지급률 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해

가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제19조 제4항 관련)

1. 질병장해급여금 (제3조)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서

면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 추간판장애수술특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 추간판장애수술특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 추간판장애수술특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("추간판장애"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “추간판장애”라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “추간판장애 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “추간판장애”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제4조 ("수술"의 정의와 장소)

① 이 특약에서 "수술"이라 함은 병원에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 특정 행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 때 특정 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂

아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避姙) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査)], 발정술(拔釘術) 등 내고정물제거술은 '특정 행위'에서 제외합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "추간판장애"로 진단확정되고 "추간판장애"의 직접적인 치료를 목적으로 "추간판장애수술"을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 추간판장애수술보험금[수술 1회당, (별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생하였을 경

우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 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 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 사망진단서, 장해진단서, 진료기록부(검사기록지포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여

사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는

위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우
   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나

는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조

(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어

주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료

일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환

급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
추간판장애 수술보험금 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “추간판장애”로 진단확정되고 “추간판장애”의 직접적인 치료를 목적으로 “추간판장애수술”을 받았을 경우	수술 1회당 20만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

추간판장애 분류표

① 약관에 규정하는 “추간판장애”는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
경추간판장애	M50
기타 추간판장애	M51

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 수술보험금 (제5조) 및 계약자적립액 (제13조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의

사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
카티(CAR-T)항암약물허가치료특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 카티(CAR-T)항암약물허가치료특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 카티(CAR-T)항암약물허가치료특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융

감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제 19 조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의

학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로

하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("항암약물치료"의 정의)

이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.(이하 “항암약물치료”라 합니다)

제5조 (“카티(CAR-T)치료제” 및 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”의 정의)

① 이 특약에서 “카티(CAR-T)치료제”라 함은 환자 본인의 혈액에서 T세포를 분리하고 체외에서 유전자 도입(변형)을 통해 제조 및 증폭된 키메라항원수용체T세포(CAR-T(카티)세포)를 환

자의 몸에 주입함으로써 암세포의 표면항원을 특이적으로 인지해 암세포를 공격하여 사멸시키는 치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T)치료제]
카티(CAR-T)치료제는 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제입니다. 즉, 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 항체 바이러스 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메릭수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

[“카티(CAR-T)치료제” 해당 의약품명 및 성분명 안내]
“카티(CAR-T)치료제”에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 3월 기준 “카티(CAR-T)치료제”에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [(별표 5) “카티(CAR-T)치료제” 해당 의약품명 및 성분명 안내]에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 [(별표 5) “카티(CAR-T)치료제” 해당 의약품명 및 성분명 안내]의 내용을 확인하시기 바랍니다.

② “카티(CAR-T)항암약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중, 병원 중 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “카티(CAR-T)치료제”를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

[“안전성과 유효성 인정 범위” 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 ‘효능효과’ 확인

: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (https://nedrug. mfds.go.kr) → 의약품 검색

- 식품의약품안전처 허가 외 ‘효능효과’, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)’ 확인

: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) → 의료정보 → 의약품정보 → 암질환사용약제및요법 → 항암화학요법 → 허가초과 항암요법 → 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 “카티(CAR-T)치료제”의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 “카티(CAR-T)치료제” 이외에 추가로 해당

하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제6조 (“카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증”의 정의)

① “카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증”이라 함은 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암” 중 제5조(“카티(CAR-T)치료제” 및 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”의 정의) 제1항 및 제3항에서 정한 “카티(CAR-T)치료제”의“안전성과 유효성 인정 범위”에 따라 투약 처방이 가능한 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.

② 제1항에 따라 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증”은 다음 각 호와 같이 한정되어 있습니다. (2023년 3월 기준) 그러나, 투약 처방 시점에 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증”은 확대될 수 있으며, 이 때에는 보장대상에 포함됩니다.

1. B세포 급성 림프성 백혈병(ALL)
2. 미만성 거대 B세포 림프종(DLBCL)
3. 다발골수종

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일[“암”의 경우 제20조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 (이하 “암보장개시일”이라 합니다)] 이후에 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증”으로 진단이 확정되고, 그 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증”의 직접적인 치료를 목적으로 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”를 받은 경우에는 보험수익자에게 약정한 카티(CAR-T)항암약물허가치료보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.(다만, 연간 1회에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생

한 경우 50% 감액 지급)

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

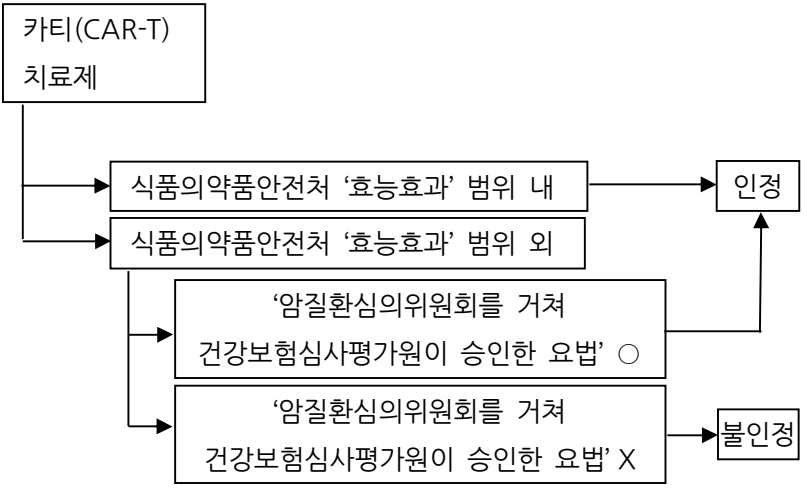
④ 보험기간 중 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 피보험자에게 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증”으로 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 “카티(CAR-T)항암약물허가치료보험금” 지급사유가 발생한 경우 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증” 중 어느 하나에 대하여 “카티(CAR-T)항암약물허가치료보험금”을 연간 1회에 한하여 지급합니다.

⑤ 제7조(보험금의 지급사유) 및 제4항의 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는

경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑥ 제7조(보험금의 지급사유)의 “카티(CAR-T)항암약물허가치료보험금”은 “카티(CAR-T)치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 “효능효과” 허가기준이 변경되는 경우에는 투약처방시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.

[카티(CAR-T)치료제의 ‘안전성 및 유효성’ 인정 범위]



⑦ 제7조(보험금의 지급사유)의 “카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우”라 함은 “카티(CAR-T)치료제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.

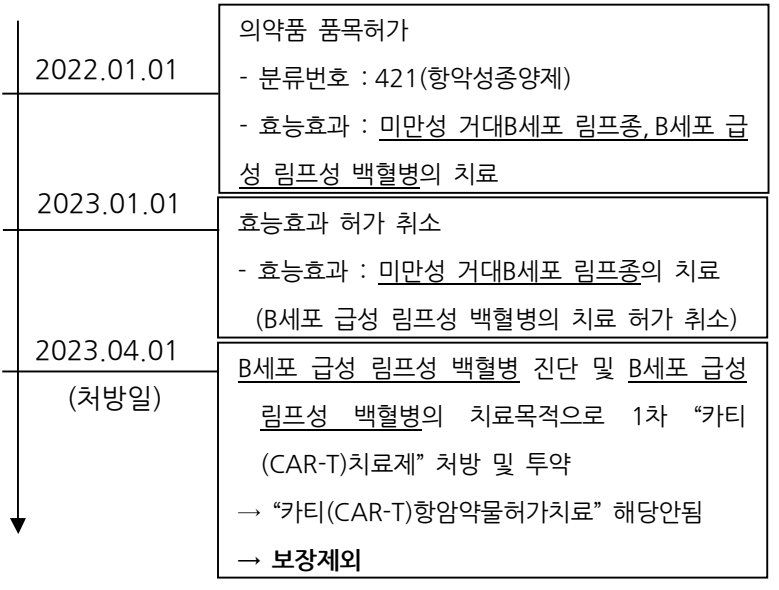
다만, 제5조(“카티(CAR-T)치료제” 및 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

[“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(추가) 예시
: 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가]

2022.01.01	의약품 품목허가 - 분류번호 : 421(항악성종양제) - 효능효과 : 미만성 거대B세포 림프종의 치료
2022.07.01 (처방일)	B세포 급성 림프성 백혈병 진단 및 B세포 급성 림프성 백혈병의 치료목적으로 1차 “카티(CAR-T)치료제” 처방 및 투약 → “카티(CAR-T)항암약물허가치료” 해당안됨
2023.01.01	효능효과 추가 허가 - 효능효과 : 미만성 거대B세포 림프종, B세포 급성 림프성 백혈병의 치료
2023.04.01 (처방일)	B세포 급성 림프성 백혈병의 치료목적으로 2차 “카티(CAR-T)치료제” 처방 및 투약 → “카티(CAR-T)항암약물치료” 해당됨 → **보장**

[“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(삭제) 예시

: 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소]



⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말

합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 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 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문

의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 카티(CAR-T)항암약물허가치료 증명서
   가. 카티(CAR-T)항암약물허가치료 진단서 또는 카티(CAR-T)항암약물허가치료 확인서(회사양식)
   (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
   ㄱ. 진단명
   ㄴ. 투약한 약제의 제품명
   ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
   ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법' 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비계산서·영수증
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제14조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제22조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약

으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제15조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우
   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)

이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제22조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었

거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.

2. 피보험자가 [“최초계약의 계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정되어 있는 경우.

제18조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제19조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년 미

만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장

개시일로 합니다. 그러나 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제22조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
카티(CAR-T)항암약물허가치료보험금 (제7조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증”으로 진단이 확정되고, 그 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증”의 직접적인 치료를 목적으로 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”를 받은 경우(다만, 연간 1회에 한함)	1,000만원 (최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)일의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날입니다.
4. 보험기간 중 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 피보험자에게 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증”으로 “카티(CAR-T)항암약물허가치료보험금” 지급사유가 발생한 경우 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증” 중 어느 하나에 대하여 “카티(CAR-T)항암약물허가치료보험금”을 연간 1회에 한하여 지급합니다.

5. 이 특약에서 “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
6. “카티(CAR-T)항암약물허가치료보험금”은 “카티(CAR-T)치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다.
7. “카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우”라 함은 “카티(CAR-T)치료제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3

분류항목	분류코드
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

“카티(CAR-T)치료제” 해당 의약품명 및 성분명 안내

아래 “카티(CAR-T)치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2023년 3월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다.
아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “카티(CAR-T)치료제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(http://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

[의약품과 성분명]

- 성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “카티(CAR-T)치료제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	티사젠렉류셀, Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)
2	실타캅타젠오토류셀, Ciltacabtagene Autoleucel	카빅티주(실타캅타젠오토류셀)

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제15조 제5항 및 제24조 제2항 관련)

1. 카티(CAR-T)항암약물허가치료보험금 (제7조) 및 계약자적립액 (제15조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제24조 제1항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의

사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 통합뇌질환진단특약H(간편N)
약관

이 특약의 약관은 무배당 통합뇌질환진단특약H(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 통합뇌질환진단특약H(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제14조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

5. 보험료 납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 세부보장별 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("통합뇌질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “통합뇌질환”이라 함은 다음 각 호의 질병 및 재해를 총칭합니다.

1. 뇌출혈
2. 뇌경색증·협착증
3. 뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)
4. 뇌전증
5. 일과성 뇌허혈발작

6. 특정외상성뇌출혈
7. 특정외상성뇌손상
8. 뇌진탕

② 이 특약에서 “뇌출혈”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “뇌출혈”을 말합니다.

③ 이 특약에서 “뇌경색증·협착증”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “뇌경색증·협착증”을 말합니다. 다만, '과거·무증상성·열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

④ 이 특약에서 “뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)”을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거·무증상성·열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

⑤ 이 특약에서 “뇌전증”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “뇌전증”을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 “일과성 뇌허혈발작”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “일과성 뇌허혈발작”을 말합니다. 다만, 일과성 완전기억상실(Transient global amnesia), 신생아의 신생아뇌허혈, 뇌출혈 및 뇌경색증, 뇌전증, 편두통, 실신 및 허탈은 보장하지 않습니다.

⑦ 이 특약에서 “특정외상성뇌출혈”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “특정외상성뇌출혈”을 말합니다.

⑧ 이 특약에서 “특정외상성뇌손상”이라 함은 제9차 개정 한국표

준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “특정외상성뇌손상”을 말합니다.

⑨ 이 특약에서 “뇌진탕”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “뇌진탕”을 말합니다.

⑩ 통합뇌질환 중 “뇌출혈” ,“뇌경색증·협착증”, “뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)”, “뇌전증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌출혈” ,“뇌경색증·협착증”, “뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)”, “뇌전증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

⑪ 통합뇌질환 중 “특정외상성뇌출혈”, “특정외상성뇌손상”, “뇌진탕”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의

기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “특정외상성뇌출혈”, “특정외상성뇌손상”, “뇌진탕”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

⑫ 통합뇌질환 중 “일과성 뇌허혈발작”의 진단확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 의학적으로 “일과성 뇌허혈발작”으로 인정되는 병력·신경학적 검진 및 뇌영상검사 등 해당 질병의 진단을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가로 정해집니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “일과성 뇌허혈발작”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 8개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 각 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우 아래와 같이 각 세부보장별 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. 다음 각 호의 “진단보험금”을 합하여 “통합뇌질환 진단보험금” 이라 합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌출혈”로 진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
   : 뇌출혈 진단보험금
   (다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌경색증·협착증”으로

진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
: 뇌경색증·협착증 진단보험금
(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)”으로 진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
: 뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외) 진단보험금
(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌전증”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
: 뇌전증 진단보험금
(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “일과성 뇌허혈발작”으로 진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
: 일과성 뇌허혈발작 진단보험금
(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 “특정외상성뇌출혈”으로 진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
: 특정외상성뇌출혈 진단보험금
7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 “특정외상성뇌손상”으로 진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)

: 특정외상성뇌손상 진단보험금

8. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 “뇌진탕”으로 진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)

: 뇌진탕 진단보험금

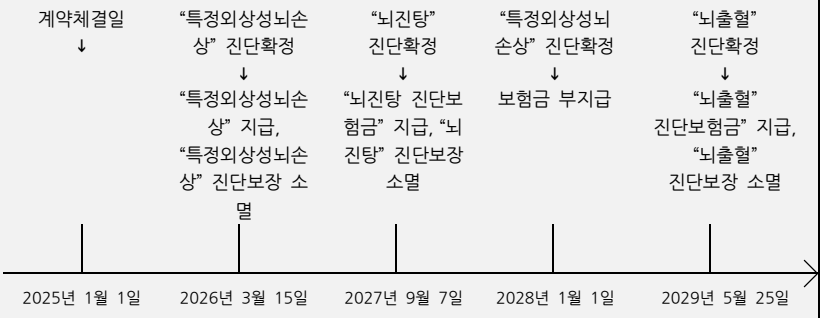
제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표3) ‘장해분류표’ 참조, 이하 ‘장해분류표’라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제4조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제5호에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “통합뇌질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 해당 질병 및 재해의 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 세부보장의 진단보험금을 지급합니다.

[통합뇌질환진단보험금 지급예시]



(1) 2026년 3월 15일 피보험자가 "특정외상성뇌손상" 진단확정 : "특정외상성뇌손상 진단보험금" 지급 후 "특정외상성뇌손상" 진단보장 소멸

(2) 2027년 9월 7일 피보험자가 "뇌진탕"으로 진단확정
: "뇌진탕 진단보험금" 지급 후 "뇌진탕" 진단보장 소멸

(3) 2028년 1월 1일 피보험자가 "특정외상성뇌손상"으로 진단 확정
: "특정외상성뇌손상" 진단보장은 2026년 3월 15일 "특정외상성뇌손상 진단보험금" 지급 후 소멸하였으므로 해당 특정외상성뇌손상으로 인한 "특정외상성뇌손상 진단보험금" 부지급

(4) 2029년 5월 25일 피보험자가 "뇌출혈"으로 진단확정
: "뇌출혈 진단보험금" 지급 후 "뇌출혈" 진단보장 소멸

④ 제3항에도 불구하고 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제4항 제3호에서 정한 바에 따라 소멸된 경우에는 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제7항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 세부보장의 진단보험금에서 이미 지급된 해당 세부보장의 계약자적립액을 차감하여 지급힙니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가

납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제3항 및 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제4항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑥ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 '사망'의 원인 및 진단보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제

6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 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 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 제4조(보험금의 지급사유) 제5호에도 불구하고 “일과성 뇌허혈발작”의 진단보험금이 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료를 “일과성 뇌허혈발작 진단보험금”으로 지급합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할

수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액

수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 세부보장을 동일한 조건으로 가입하여야 합니다

③ 제2항에도 불구하고 이 특약을 체결할 때 계약자는 각 세부보장별 보험가입금액을 다르게 가입할 수 있습니다.

④ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우.

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑦ 제4항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑧ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건

강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑨ 제8항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 제8항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑪ 제17조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 또한, 보험가입금액 감액 이후 해약환급금은 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 세부보장별 보험금을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 세부보장별 보험가입금액}}{\text{감액 전 세부보장별 보험가입금액}}$$

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말합니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제6항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입해야 합니다.

⑤ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 경우, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다. 단, 보험금 지급사유가 발생한 세부보장은 제외합니다.

④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이

차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약의 보험료 납입기간 중 특약이 해지되는 경우 해약환급금은 없습니다. 또한, 보험료 납입이 종료된 이후 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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 : 각 세부보장별 보험가입금액)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌출혈 진단보험금 (제4조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 뇌출혈로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
뇌경색증·협착증 진단보험금 (제4조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 뇌경색증·협착증으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외) 진단보험금 (제4조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
뇌전증 진단보험금 (제4조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 뇌전증으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
일과성 뇌허혈발작 진단보험금 (제4조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 일과성 뇌허혈발작으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
특정외상성뇌출혈 진단보험금 (제4조 제6호)	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 특정외상성뇌출혈로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	보험가입금액 100%
특정외상성뇌손상 진단보험금 (제4조 제7호)	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 특정외상성뇌손상으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	보험가입금액 100%
뇌진탕 진단보험금 (제4조 제8호)	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 뇌진탕으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	보험가입금액 100%

(주)

1. “보험가입금액”은 각 세부보장의 보험가입금액을 의미합니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
4. 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그때부터 효력을 가지지 않습니다.
5. 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 “일과성 뇌허혈발작”의 진단보험금이 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료를 “일과성 뇌허혈발작 진단보험금”으로 지급합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

통합뇌질환 분류표

① 약관에서 규정하는 “통합뇌질환으로 분류되는 항목”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

세부보장	분류항목	분류코드
뇌출혈	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증·협착증	뇌경색증	I63
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	기타 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69
뇌전증	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
일과성 뇌허혈발작	척추-뇌기저동맥증후군	G45.0

세부보장	분류항목	분류코드
	경동맥증후군(대뇌반구성)	G45.1
	다발성 및 양쪽 뇌전동맥증후군	G45.2
	일과성 흑암시	G45.3
	기타 일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45.8
	상세불명의 일과성 뇌허혈발작	G45.9
특정외상성뇌출혈	경막외출혈	S06.4
	외상성 경막하출혈	S06.5
	외상성 거미막하출혈	S06.6
특정외상성뇌손상	외상성 뇌부종	S06.1
	미만성 뇌손상	S06.2
	초점성 뇌손상	S06.3
	지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
	기타 두개내손상	S06.8
	상세불명의 두개내손상	S06.9
뇌진탕	뇌진탕	S06.0

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 “통합뇌질환으로 분류되는 항목”은 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 일과성 완전기억상실(Transient global amnesia, G45.4), 신생아의 신생아뇌허혈(P91.0), 뇌출혈 및 뇌경색증(I60~I63), 뇌전증(G40), 편두통(G43), 실신 및 허탈(R55)은 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 “통합뇌질환으로 분류되는 항목”에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병 및 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제10조 제7항 및 제19조 제4항 관련)

1. 통합뇌질환 진단보험금 (제4조), 계약자적립액(제10조 제7항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경

우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 통합뇌질환진단특약L(간편N)
약관

이 특약의 약관은 무배당 통합뇌질환진단특약L(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 통합뇌질환진단특약L(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제14조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("통합뇌질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “통합뇌질환”이라 함은 다음 각 호의 질병 및 재해를 총칭합니다.

1. 뇌출혈
2. 뇌경색증·협착증
3. 뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)
4. 뇌전증
5. 일과성 뇌허혈발작
6. 특정외상성뇌출혈
7. 특정외상성뇌손상
8. 뇌진탕

② 이 특약에서 “뇌출혈”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “뇌출혈”을 말합니다.

③ 이 특약에서 “뇌경색증·협착증”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “뇌경색증·협착증”을 말합니다. 다만, '과거·무증상성·열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

④ 이 특약에서 “뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)”을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매 및 '과거·무증상성·열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

⑤ 이 특약에서 “뇌전증”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “뇌전증”을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 “일과성 뇌허혈발작”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “일과성 뇌허혈발작”을 말합니다. 다만, 일과성 완전기억상실(Transient global amnesia), 신생아의 신생아뇌허혈, 뇌출혈 및 뇌경색증, 뇌전증, 편두통, 실신 및 허탈은 보장하지 않습니다.

⑦ 이 특약에서 “특정외상성뇌출혈”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “특정외상성뇌출혈”을 말합니다.

⑧ 이 특약에서 “특정외상성뇌손상”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “특정외상성뇌손상”을 말합니다.

⑨ 이 특약에서 “뇌진탕”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사

인분류 중 [(별표 4) “통합뇌질환 분류표"]에서 정한 “뇌진탕”을 말합니다.

⑩ 통합뇌질환 중 “뇌출혈” ,“뇌경색증·협착증”, “뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)”, “뇌전증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌출혈” ,“뇌경색증·협착증”, “뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)”, “뇌전증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

⑪ 통합뇌질환 중 “특정외상성뇌출혈”, “특정외상성뇌손상”, “뇌진탕”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “특정외상성뇌출혈”, “특정외상성뇌손상”, “뇌진탕”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를

진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

⑫ 통합뇌질환 중 “일과성 뇌허혈발작”의 진단확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 의학적으로 “일과성 뇌허혈발작”으로 인정되는 병력·신경학적 검진 및 뇌영상검사 등 해당 질병의 진단을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가로 정해집니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “일과성 뇌허혈발작”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 8개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 각 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우 아래와 같이 각 세부보장별 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. 다음 각 호의 “진단보험금”을 합하여 “통합뇌질환 진단보험금” 이라 합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌출혈”로 진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
   : 뇌출혈 진단보험금
   (다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌경색증·협착증”으로 진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
   : 뇌경색증·협착증 진단보험금

(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)”으로 진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)

: 뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외) 진단보험금

(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌전증”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)

: 뇌전증 진단보험금

(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “일과성 뇌허혈발작”으로 진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)

: 일과성 뇌허혈발작 진단보험금

(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 “특정외상성뇌출혈”으로 진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)

: 특정외상성뇌출혈 진단보험금

7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 “특정외상성뇌손상”으로 진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)

: 특정외상성뇌손상 진단보험금

8. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 “뇌

진탕”으로 진단확정 되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
: 뇌진탕 진단보험금

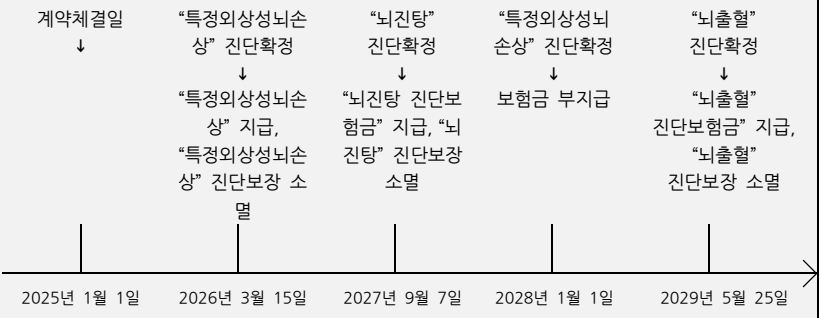
제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표3) ‘장해분류표’ 참조, 이하 ‘장해분류표’라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제4조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제5호에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “통합뇌질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 해당 질병 및 재해의 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 세부보장의 진단보험금을 지급합니다.

[통합뇌질환진단보험금 지급예시]



(1) 2026년 3월 15일 피보험자가 "특정외상성뇌손상" 진단확정 : "특정외상성뇌손상 진단보험금" 지급 후 "특정외상성뇌손상" 진단보장 소멸

(2) 2027년 9월 7일 피보험자가 "뇌진탕"으로 진단확정
: "뇌진탕 진단보험금" 지급 후 "뇌진탕" 진단보장 소멸

(3) 2028년 1월 1일 피보험자가 "특정외상성뇌손상"으로 진단 확정
: "특정외상성뇌손상" 진단보장은 2026년 3월 15일 "특정외상성뇌손상 진단보험금" 지급 후 소멸하였으므로 해당 특정외상성뇌손상으로 인한 "특정외상성뇌손상 진단보험금" 부지급

(4) 2029년 5월 25일 피보험자가 "뇌출혈"으로 진단확정
: "뇌출혈 진단보험금" 지급 후 "뇌출혈" 진단보장 소멸

④ 제3항 및 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제4항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청

구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 '사망'의 원인 및 진단보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을

결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 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 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의

중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 세부보장을 동일한 조건으로 가입하여야 합니다

③ 제2항에도 불구하고 이 특약을 체결할 때 계약자는 각 세부보장별 보험가입금액을 다르게 가입할 수 있습니다.

④ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우.

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그 때부터 효력을

가지지 않습니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제17조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터

회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 또한, 보험가입금액 감액 이후 해약환급금은 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약

의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제6항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입해야 합니다.

⑤ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 경우, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다. 단, 보험금 지급사유가 발생한 세부보장은 제외합니다.

④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약의 보험료 납입기간 중 특약이 해지되는 경우 해약환급금은 없습니다. 또한, 보험료 납입이 종료된 이후 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고

(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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 : 각 세부보장별 보험가입금액)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌출혈 진단보험금 (제4조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 뇌출혈로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
뇌경색증·협착증 진단보험금 (제4조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 뇌경색증·협착증으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외) 진단보험금 (제4조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
뇌전증 진단보험금 (제4조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 뇌전증으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
일과성 뇌허혈발작 진단보험금 (제4조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 일과성 뇌허혈발작으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
특정외상성뇌출혈 진단보험금 (제4조 제6호)	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 특정외상성뇌출혈로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	보험가입금액 100%
특정외상성뇌손상 진단보험금 (제4조 제7호)	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 특정외상성뇌손상으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	보험가입금액 100%
뇌진탕 진단보험금 (제4조 제8호)	피보험자가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 뇌진탕으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	보험가입금액 100%

(주)

1. “보험가입금액”은 각 세부보장의 보험가입금액을 의미합니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그때부터 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

통합뇌질환 분류표

① 약관에서 규정하는 “통합뇌질환으로 분류되는 항목”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 및 재해 여부를 판단합니다.

세부보장	분류항목	분류코드
뇌출혈	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증·협착증	뇌경색증	I63
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
뇌혈관질환(뇌출혈,뇌경색,협착증 제외)	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	기타 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69
뇌전증	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
일과성 뇌허혈발작	척추-뇌기저동맥증후군	G45.0

세부보장	분류항목	분류코드
	경동맥증후군(대뇌반구성)	G45.1
	다발성 및 양쪽 뇌전동맥증후군	G45.2
	일과성 흑암시	G45.3
	기타 일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45.8
	상세불명의 일과성 뇌허혈발작	G45.9
특정외상성뇌출혈	경막외출혈	S06.4
	외상성 경막하출혈	S06.5
	외상성 거미막하출혈	S06.6
특정외상성뇌손상	외상성 뇌부종	S06.1
	미만성 뇌손상	S06.2
	초점성 뇌손상	S06.3
	지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
	기타 두개내손상	S06.8
	상세불명의 두개내손상	S06.9
뇌진탕	뇌진탕	S06.0

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 “통합뇌질환으로 분류되는 항목”은 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 일과성 완전기억상실(Transient global amnesia, G45.4), 신생아의 신생아뇌허혈(P91.0), 뇌출혈 및 뇌경색증(I60~I63), 뇌전증(G40), 편두통(G43), 실신 및 허탈(R55)은 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 “통합뇌질환으로 분류되는 항목”에 해당되는지에 대한 판단은 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병 및 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되지 않더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병 및 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병 및 재해에 해당되더라도 진단(재해의 경우 발생)시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병 및 재해로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제19조 제4항 관련)

1. 통합뇌질환 진단보험금 (제4조)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경

우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 통합심장질환진단보장특약H(간편N)
약관

이 특약의 약관은 무배당 통합심장질환진단보장특약H(간편N)를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 통합심장질환진단보장특약H(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제14조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

5. 보험료 납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 세부보장별 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("통합심장질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “통합심장질환”이라 함은 다음 각 호의 질병을 총칭합니다.

1. 급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지
2. 특정심장질환
3. 특정심장염증질환
4. 심근병증
5. 기타부정맥

6. 만성류마티스심장질환
7. 특정심장판막질환
8. 특정심장방실및전도장애
9. 심장병합병증및심장장애

② 이 특약에서 “급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지”라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지”를 말합니다.

③ 이 특약에서 “특정심장질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “특정심장질환”을 말합니다.

④ 이 특약에서 “특정심장염증질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “특정심장염증질환”을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 “심근병증”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “심근병증”을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 “기타부정맥”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “기타부정맥”을 말합니다.

⑦ 이 특약에서 “만성류마티스심장질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “만성류마티스심장질환”을 말합니다.

⑧ 이 특약에서 “특정심장판막질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “특정심장판막질환”을 말합니다.

⑨ 이 특약에서 “특정심장방실및전도장애”라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “특정심장방실및전도장애”을 말합니다.

⑩ 이 특약에서 “심장병합병증및심장장애”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"] 에서 정한 “심장병합병증및심장장애” 를 말합니다.

⑪ “급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지”, “특정심장질환”, “심근병증”, "기타부정맥", “만성류마티스심장질환”, “특정심장판막질환”, “특정심장방실및전도장애”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허) 에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지”, “특정심장질환”, “심근병증”, "기타부정맥", “만성류마티스심장질환”, “특정심장판막질환”, “특정심장방실및전도장애”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지”, “특정심장질환”, “심근병증”, "기타부정맥", “만성류마티스심장질환”, “특정심장판막질환”, “특정심장방실및전도장애”로 확정되거나 추정되는 경우

⑫ “특정심장염증질환”의 진단확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 핵의학검사, 혈액배양검사등의 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하

여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “특정심장염증질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “특정심장염증질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

⑬ “심장합병증 및 심장장애”의 진단 확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 혈액 검사, 핵의학 검사, 혈액배양검사 등의 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “심장합병증 및 심장장애”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “심장합병증 및 심장장애”로 확정되거나 추정되는 경우

제4조 (보험금의 지급사유)

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 9개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 각 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. 다음 각 호의 “진단보험금”을 합하여 “통합심장질환 진단보험금”이라 합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지”로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
   : 급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지 진단보험금
   (다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정심장질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
   : 특정심장질환 진단보험금
   (다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정심장염증질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
   : 특정심장염증질환 진단보험금
   (다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심근병증”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
   : 심근병증 진단보험금
   (다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타부정맥”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
   : 기타부정맥 진단보험금
   (다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “만성류마티스심장질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
: 만성류마티스심장질환 진단보험금
(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)
7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정심장판막질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
: 특정심장판막질환 진단보험금
(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)
8. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정심장방실및전도장애”로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
: 특정심장방실및전도장애 진단보험금
(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)
9. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심장병합병증및심장장애”로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
: 심장병합병증및심장장애 진단보험금
(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

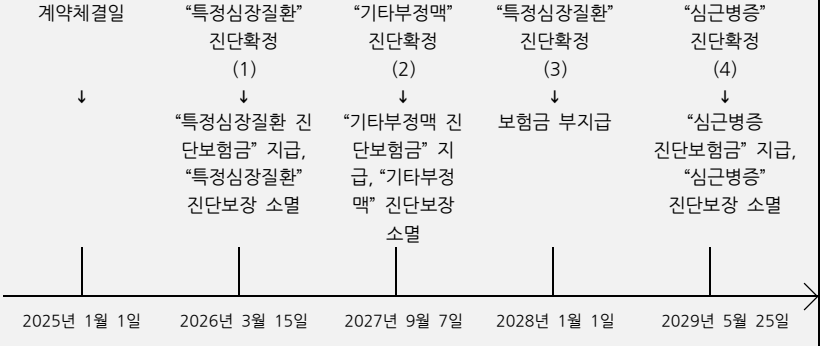
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표3) ‘장해분류표’ 참조, 이하 ‘장해분류표’라 합니다] 중 동일한 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자

와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제4조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제9호에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “통합심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 해당 질병의 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 세부보장의 진단보험금을 지급합니다.

[통합심장질환진단보험금 지급예시]



(1) 2026년 3월 15일 피보험자가 “특정심장질환” 진단 확정
: “특정심장질환 진단보험금” 지급 후 “특정심장질환” 진단보장 소멸

(2) 2027년 9월 7일 피보험자가 “기타부정맥”으로 진단 확정
: “부정맥 진단보험금” 지급 후 “기타부정맥” 진단보장 소멸

(3) 2028년 1월 1일 피보험자가 “특정심장질환”으로 진단 확정
: “특정심장질환” 진단보장은 2026년 3월 15일 “특정심장질환진단보험금” 지급 후 소멸하였으므로 해당 특정심장

질환으로 인한 “특정심장질환 진단보험금” 부지급
(4) 2029년 5월 25일 피보험자가 “심근병증”으로 진단 확정
: “심근병증 진단보험금” 지급 후 “심근병증” 진단보장 소멸

④ 제3항에에도 불구하고 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제4항 제3호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제6항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 세부보장의 진단보험금에서 이미 지급된 해당 세부보장의 계약자적립액을 차감하여 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제3항 및 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제4항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑥ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제

3항의 '사망'의 원인 및 진단보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률

의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호에도 불구하고 “특정심장질환”의 진단보험금이 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료보다 작

은 경우에는 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료를 “특정심장질환진단보험금”으로 지급합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진

료기록부(검사기록지 포함) 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사

가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 세부보장을 동일한 조건으로 가입하여야 합니다

③ 제2항에도 불구하고 이 특약을 체결할 때 계약자는 각 세부보장별 보험가입금액을 다르게 가입할 수 있습니다.

④ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우.

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제4항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑦ 제5항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된

세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑧ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑨ 제8항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 제8항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑪ 제17조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 또한, 보험가입금액 감액 이후 해약환급금은 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 세부보장별 보험금을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

◯ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료” $= \text{감액 전 “이미 납입한 보험료”} \times \frac{\text{감액 후 세부보장별 보험가입금액}}{\text{감액 전 세부보장별 보험가입금액}}$ ㈜ 감액 전 “이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 “이미 납입한 보험료”를 말합니다.

④ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 세부보

장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제6항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입해야 합니다.

⑤ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 경우, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다. 단, 보험금 지급사유가 발생한 세부보장은 제외합니다.

④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약의 보험료 납입기간 중 특약이 해지되는 경우 해약환급금은 없습니다. 또한, 보험료 납입이 종료된 이후 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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 : 각 세부보장별 보험가입금액)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지 진단보험금 (제4조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
특정심장질환 진단보험금 (제4조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 특정심장질환으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
특정심장염증질환 진단보험금 (제4조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 특정심장염증질환으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
심근병증 진단보험금 (제4조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 심근병증으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
기타부정맥 진단보험금 (제4조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 기타부정맥으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
만성류마티스심장질환 진단보험금 (제4조 제6호)	피보험자가 보험기간 중 만성류마티스심장질환으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
특정심장판막질환 진단보험금 (제4조 제7호)	피보험자가 보험기간 중 특정심장판막질환으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
특정심장방실및전도장애 진단보험금 (제4조 제8호)	피보험자가 보험기간 중 특정심장방실및전도장애로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
심장병합병증및심장장애 진단보험금 (제4조 제9호)	피보험자가 보험기간 중 심장병합병증및심장장애로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%

(주)

1. “보험가입금액”은 각 세부보장의 보험가입금액을 의미합니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다
4. 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그때부터 효력을 가지지 않습니다.

5. 제4조(보험금의 지급사유) 제2호에도 불구하고 “특정심장질환”의 진단보험금이 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료를 “특정심장질환진단보험금”으로 지급합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

통합심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 “통합심장질환으로 분류되는 항목”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

세부보장	분류항목	분류코드
급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
특정심장질환	협심증	I20
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	심부전	I50
특정심장염증질환	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	급성 심근염	I40

세부보장	분류항목	분류코드
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
기타부정맥	기타 심장부정맥	I49
만성류마티스 심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
특정심장판막질환	비류마티스성 승모판장애	I34
	비류마티스성 대동맥판장애	I35
	비류마티스성 삼첨판장애	I36
	폐동맥판장애	I37
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	칸디다심막내염	B37.6
특정심장방실 및 전도장애	방실차단, 2도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
	이중섬유속차단	I45.2
	삼중섬유속차단	I45.3
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51

세부보장	분류항목	분류코드
심장병합병증및심장장애	달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 “통합심장질환으로 분류되는 항목”은 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 “통합심장질환으로 분류되는 항목”에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 재10조 제6항 및 제19조 제4항 관련)

1. 통합심장질환 진단보험금 (제4조) 및 계약자적립액(제10조 제6항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th colspan="2">적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td colspan="2">평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td colspan="2">평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경

우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 통합심장질환진단보장특약L(간편N)
약관

이 특약의 약관은 무배당 통합심장질환진단보장특약L(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 통합심장질환진단보장특약L(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

(1) 보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금×해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제14조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("통합심장질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “통합심장질환”이라 함은 다음 각 호의 질병을 총칭합니다.

1. 급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지
2. 특정심장질환
3. 특정심장염증질환
4. 심근병증
5. 기타부정맥
6. 만성류마티스심장질환
7. 특정심장판막질환
8. 특정심장방실및전도장애

9. 심장병합병증및심장장애

② 이 특약에서 “급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지”라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지”를 말합니다.

③ 이 특약에서 “특정심장질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “특정심장질환”을 말합니다.

④ 이 특약에서 “특정심장염증질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “특정심장염증질환”을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 “심근병증”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “심근병증”을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 “기타부정맥”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “기타부정맥”을 말합니다.

⑦ 이 특약에서 “만성류마티스심장질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “만성류마티스심장질환”을 말합니다.

⑧ 이 특약에서 “특정심장판막질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “특정심장판막질환”을 말합니다.

⑨ 이 특약에서 “특정심장방실및전도장애”라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “특정심장방실및전도장애”을 말합니다.

⑩ 이 특약에서 “심장병합병증및심장장애”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 4) “통합심장질환 분류표"]에서 정한 “심장병합병증및심장장애” 를 말합니다.

⑪ “급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지”, “특정심장질환”, “심근병증”, "기타부정맥", “만성류마티스심장질환”, “특정심장판막질환”, “특정심장방실및전도장애”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허) 에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지”, “특정심장질환”, “심근병증”, "기타부정맥", “만성류마티스심장질환”, “특정심장판막질환”, “특정심장방실및전도장애”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지”, “특정심장질환”, “심근병증”, "기타부정맥", “만성류마티스심장질환”, “특정심장판막질환”, “특정심장방실및전도장애”로 확정되거나 추정되는 경우

⑫ “특정심장염증질환”의 진단확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 핵의학검사, 혈액배양검사등의 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “특정심장염증질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “특정심장염증질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

⑬ “심장합병증 및 심장장애”의 진단 확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 혈액 검사, 핵의학 검사, 혈액배양검사 등의 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “심장합병증 및 심장장애”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “심장합병증 및 심장장애”로 확정되거나 추정되는 경우

제4조 (보험금의 지급사유)

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 9개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 각 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. 다음 각 호의 “진단보험금”을 합하여 “통합심장질환 진단보험금”이라 합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지”로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초

1회에 한함)

: 급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지 진단보험금

(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정심장질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)

: 특정심장질환 진단보험금

(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정심장염증질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)

: 특정심장염증질환 진단보험금

(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심근병증”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)

: 심근병증 진단보험금

(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타부정맥”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)

: 기타부정맥 진단보험금

(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “만성류마티스심장질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)

: 만성류마티스심장질환 진단보험금
(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정심장판막질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
: 특정심장판막질환 진단보험금
(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

8. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정심장방실및전도장애”로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
: 특정심장방실및전도장애 진단보험금
(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

9. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심장병합병증및심장장애”로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)
: 심장병합병증및심장장애 진단보험금
(다만, 가입 후 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

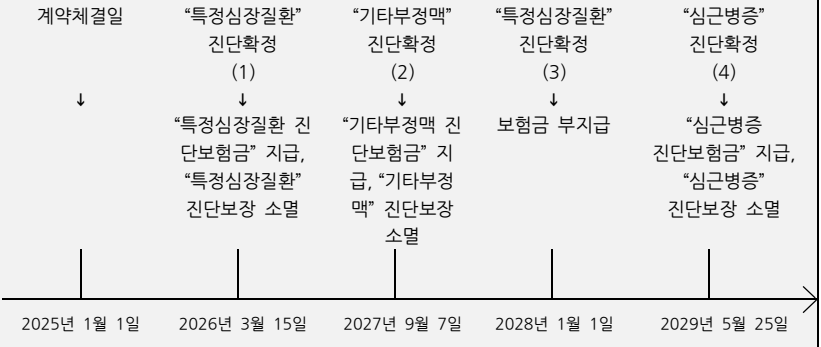
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표3) ‘장해분류표’ 참조, 이하 ‘장해분류표’라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입

이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제4조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제9호에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “통합심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 해당 질병의 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 세부보장의 진단보험금을 지급합니다.

[통합심장질환진단보험금 지급예시]



(1) 2026년 3월 15일 피보험자가 “특정심장질환” 진단 확정
: “특정심장질환 진단보험금” 지급 후 “특정심장질환” 진단보장 소멸

(2) 2027년 9월 7일 피보험자가 “기타부정맥”으로 진단 확정
: “부정맥 진단보험금” 지급 후 “기타부정맥” 진단보장 소멸

(3) 2028년 1월 1일 피보험자가 “특정심장질환”으로 진단 확정
: “특정심장질환” 진단보장은 2026년 3월 15일 “특정심장질환진단보험금” 지급 후 소멸하였으므로 해당 특정심장질환으로 인한 “특정심장질환 진단보험금” 부지급

(4) 2029년 5월 25일 피보험자가 “심근병증”으로 진단 확정

: “심근병증 진단보험금” 지급 후 “심근병증” 진단보장 소멸

④ 제3항 및 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제4항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 ‘사망’의 원인 및 진단보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되

지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 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 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나

의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등

으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 세부보장을 동일한 조건으로 가입하여야 합니다

③ 제2항에도 불구하고 이 특약을 체결할 때 계약자는 각 세부보장별 보험가입금액을 다르게 가입할 수 있습니다.

④ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경

우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우.

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제17조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 또한, 보험가입금액 감액 이후 해약환급금은 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제6항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입해야 합니다.

⑤ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 경우, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다. 단, 보험금 지급사유가 발생한 세부보장은 제외합니다.

④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약의 보험료 납입기간 중 특약이 해지되는 경우 해약환급금은 없습니다. 또한, 보험료 납입이 종료된 이후 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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 : 각 세부보장별 보험가입금액)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지 진단보험금 (제4조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
특정심장질환 진단보험금 (제4조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 특정심장질환으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
특정심장염증질환 진단보험금 (제4조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 특정심장염증질환으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
심근병증 진단보험금 (제4조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 심근병증으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
기타부정맥 진단보험금 (제4조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 기타부정맥으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
만성류마티스심장질환 진단보험금 (제4조 제6호)	피보험자가 보험기간 중 만성류마티스심장질환으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
특정심장판막질환 진단보험금 (제4조 제7호)	피보험자가 보험기간 중 특정심장판막질환으로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
특정심장방실및전도장애 진단보험금 (제4조 제8호)	피보험자가 보험기간 중 특정심장방실및전도장애로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%
심장병합병증및심장장애 진단보험금 (제4조 제9호)	피보험자가 보험기간 중 심장병합병증및심장장애로 진단확정되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액 100% [1년미만] 보험가입금액 50%

(주)

1. “보험가입금액”은 각 세부보장의 보험가입금액을 의미합니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그때부터 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

통합심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 “통합심장질환으로 분류되는 항목”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

세부보장	분류항목	분류코드
급성심근경색증 및 인공소생에 성공한 심장정지	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
특정심장질환	협심증	I20
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	심부전	I50
특정심장염증질환	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	급성 심근염	I40

세부보장	분류항목	분류코드
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
기타부정맥	기타 심장부정맥	I49
만성류마티스 심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
특정심장판막질환	비류마티스성 승모판장애	I34
	비류마티스성 대동맥판장애	I35
	비류마티스성 삼첨판장애	I36
	폐동맥판장애	I37
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	칸디다심막내염	B37.6
특정심장방실 및 전도장애	방실차단, 2도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
	이중섬유속차단	I45.2
	삼중섬유속차단	I45.3
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51

세부보장	분류항목	분류코드
심장병합병증및심장장애	달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 “통합심장질환으로 분류되는 항목”은 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 “통합심장질환으로 분류되는 항목”에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제19조 제4항 관련)

1. 통합심장질환 진단보험금 (제4조)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경

우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
통합암(전이포함)진단특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 통합암(전이포함)진단특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 통합암(전이포함)진단특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제20조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의

경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암" 및 "기타피부암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암 및 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 제4조("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암, 제5조("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암, 제6조("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 암 및 기타피부암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암 및 기타피부암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으

로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

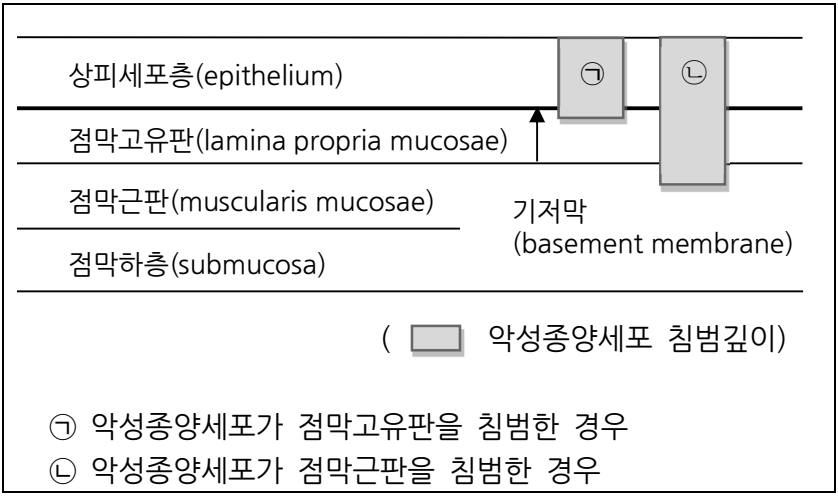
['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



② 대장점막내암의 진단확정은 병원의 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 대장점막내암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대

한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사

인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② "특정갑상선암"이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 갑상선암 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어

C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다.(이하 “초기유방암”이라 합니다.)

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma),침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴 (two mass)
종괴1(mass 1) - 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm
종괴2(mass 2) - 1.2cm x 1.0cm x 1.0cm
=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당하므로 초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 2.0cm x 2.0cm x 1.0cm _ T1
림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis) _ N1mi
=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm

유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)
: 3.0cm x 2.0cm x 2.0cm
=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② 초기유방암의 진단확정은 병원의 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 초기유방암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
[예시]
「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “초기유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서

화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 ("통합암(전이포함)" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "통합암(전이포함)"이라 함은 다음 각 호에 해당하는 총 11개의 세부보장을 말하며, 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표"]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

1. 두경부암(전이포함)
2. 위암 및 식도암(전이포함)
3. 소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)
4. 간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)
5. 흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)
6. 골·피부 등 전신부위암(전이포함)
7. 유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)
8. 남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)
9. 뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)
10. 혈액암(전이포함)
11. 전립선암 및 난소암(전이포함)

② 이 특약에 있어서 “두경부암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정

한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “위암 및 식도암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.
(다만, 대장암 중 대장점막내암은 제외합니다.)

⑤ 이 특약에 있어서 “간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에 있어서 “흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에 있어서 “골·피부 등 전신부위암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑧ 이 특약에 있어서 “유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.
(다만, 특정갑상선암과 유방암 중 초기유방암은 제외합니다.)

⑨ 이 특약에 있어서 “남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑩ 이 특약에 있어서 “뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)”이라 함

은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑪ 이 특약에 있어서 “혈액암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑫ 이 특약에 있어서 “전립선암 및 난소암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑬ 제1항에서 정한 “통합암(전이포함)”의 진단 확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(Fine Needle Aspiration Biopsy) 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “통합암(전이포함)”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑭ 제13항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “통합암(전이포함)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제8조 (보험금의 지급사유)

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 11개의 세부보장(이하 “세

부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 제21조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. 다음 각 호의 진단보험금을 합하여 “통합암(전이포함) 진단보험금”이라 합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 두경부암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 두경부암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 위암 및 식도암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 위암 및 식도암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)

: 간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함) 진단보험금
(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함) 진단보험금
(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 골·피부 등 전신부위암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 골·피부 등 전신부위암(전이포함) 진단보험금
(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함) 진단보험금
(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
8. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 남성생식기암(전립선암제외)(전이포함) 진단보험금(남성에 한함)
(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)

: 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)진단보험금(여성에 한함)
(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)

9. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 뇌암 및 중추신경계통암(전이포함) 진단보험금
(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)

10. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 혈액암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 혈액암(전이포함) 진단보험금
(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)

11. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 전립선암 및 난소암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 전립선암(전이포함) 진단보험금(남성에 한함)
(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
: 난소암(전이포함) 진단보험금(여성에 한함)
(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다]

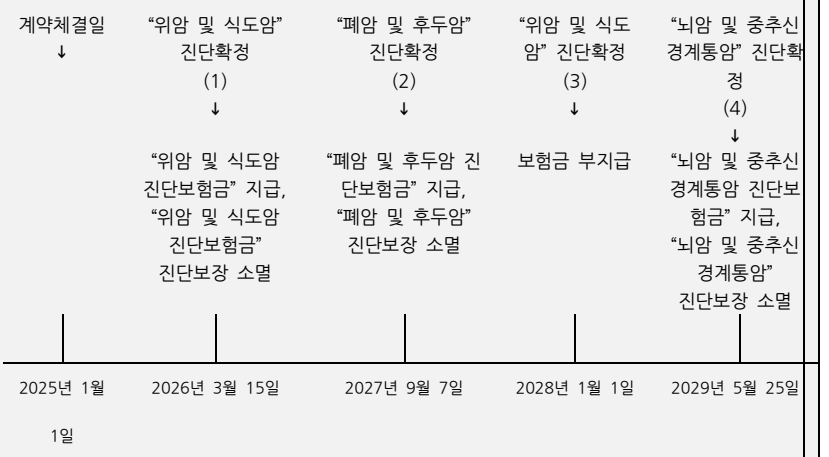
중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나, 최초계약의 암보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 “암”과 동일한 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양 세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제20조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 피보험자가 “암보장개시일” 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

[통합암진단보험금 지급예시]



(1) 2026년 3월 15일 피보험자가 "위암 및 식도암" 진단 확정
: "위암 및 식도암 진단보험금" 지급 후 "위암 및 식도암" 진단보장 소멸

(2) 2027년 9월 7일 피보험자가 "폐암 및 후두암"으로 진단 확정
: "폐암 및 후두암 진단보험금" 지급 후 "폐암 및 후두암" 진단보장 소멸

(3) 2028년 1월 1일 피보험자가 "위암 및 식도암"으로 진단 확정
: "위암 및 식도암" 진단보장은 2026년 3월 15일 "위암 및 식도암 진단보험금" 지급 후 소멸하였으므로 해당 위암 및 식도암으로 인한 "위암 및 식도암 진단보험금" 부지급

(4) 2029년 5월 25일 피보험자가 "뇌암 및 중추신경계통암"으로 진단 확정
: "뇌암 및 중추신경계통암 진단보험금" 지급 후 "뇌암 및 중추신경계통암" 진단보장 소멸

⑤ 피보험자가 이 특약의 "암보장개시일" 이후에 사망하고 그 후

에 통합암(전이포함)으로 진단이 확정된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제8조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 세부보장의 진단보험금을 지급합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제16조(특약의 체결 및 소멸) 제4항 제3호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제16조(특약의 체결 및 소멸) 제7항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제8조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 세부보장의 진단보험금에서 이미 지급된 해당 세부보장의 계약자적립액을 차감하여 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑦ 제5항 및 제16조(특약의 체결 및 소멸) 제4항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

   [실종선고]
   부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑧ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제5항의 '사망'의 원인 및 '통합암(전이포함) 진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑨ 제8항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑩ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상

두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑮ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑱ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑲ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑳ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉑ 계약자는 피보험자가 계약일[부활(효력회복)일]부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받았을 경우에는 그 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

㉒ 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 통합암(전이포함)의 세부보장이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 세부보장으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제2항 및 제8조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

㉓ 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 “암”이 제18조(특약의 무효) 제2호에서 정한 암에 해당하는 경우에는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금에 해당하는 세부보장은 무효로 하며, 계약자에게 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 나머지 세부보장에 대해서는 유효한 계약으로 보며, 제21항을 적용하여 계약자가 특약의 취소를 선택할 수 있습니다.

㉔ 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”이 발생하였으나

제23항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 “암”으로 제2항에서 정한 보험료 납입면제의 사유가 발생한 경우라도 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 계약일(부활(효력회복)일)부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받더라도 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 “암보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 제2항에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

㉕ 제24항의 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉖ 제25항에도 불구하고 제23조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제24항의 “암보장개시일”로 하여 적용합니다.

제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제12조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제15조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제14조(계약 전 알릴 의무)에

도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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.

[사례]
보험계약을 청약하면서 보험을 모집한 자(보험설계사 등)에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험을 모집한 자(보험설계사 등)에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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 보

장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제23조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약 으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 세부보장을 동일한 조건으로 가입하여야 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약을 체결할 때 계약자는 각 세부보장별 보험가입금액을 다르게 가입할 수 있습니다.

④ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이

차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우. 다만, 각 세부보장에서 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 세부보장에 한하여 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑦ 제4항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑧ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제20조(특약의 보험기

간 및 갱신) 제2항에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑨ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑩ 제9항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑪ 제9항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑫ 제23조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각

각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 “암보장개시일” 전일 이전에 제7조("통합암(전이포함)"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “통합암(전이포함)” 중 어느 하나의 암으로 진단이 확정된 경우에는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금에 해당하는 세부보장은 무효로 하며 계약자에게 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
3. 제2호 및 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제21항 및 제24항의 “이미 납입한 보험료”는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제19조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

제20조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 제1항에서 제6항에 따라 이 특약을 갱신하는 경우 세부보장은 동시에 갱신하여야 합니다.

⑧ 제1항 및 제7항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금이 지급된 세부보장은 갱신되지 않으며, 나머지 세부보장에 대해서는 제1항부터 제6항을 적용합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제21조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제16조(특약의 체결 및 소멸) 제4항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입해야 합니다.

⑤ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑥ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다. 그러나 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제22조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제23조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 경우, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다. 단, 보험금 지급사유가 발생한 세부보장은 제외

합니다.

④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여

드립니다.

제25조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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 : 각 세부보장별 보험가입금액)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
두경부암 (전이포함) 진단 보험금 (제8조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “두경부암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%
위암 및 식도암 (전이포함)진단 보험금 (제8조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “위암 및 식도암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%
소장·대장·항문암 및 기타암 (전이포함)진단 보험금 (제8조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%
간·담낭·담도암 및 췌장암 (전이포함) 진단	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우	[1년이상] 보험가입금액100%

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
보험금 (제8조 제4호)	(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년미만] 보험가입금 액50%
흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)진단보험금 (제8조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금 액100% [1년미만] 보험가입금 액50%
골·피부 등 전신부위암(전이포함) 진단보험금 (제8조 제6호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “골·피부 등 전신부위암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금 액100% [1년미만] 보험가입금 액50%
유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함) 진단보험금 (제8조 제7호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금 액100% [1년미만] 보험가입금 액50%
남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이	[1년이상] 보험가입금 액100%

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
소암제외)(전이포함)진단보험금(제8조 제8호)	포함)"으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년미만] 보험가입금액50%
뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)진단보험금(제8조 제9호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)"으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%
혈액암(전이포함)진단보험금(제8조 제10호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "혈액암(전이포함)"으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%
전립선암 및 난소암(전이포함) 진단보험금(제8조 제11호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "전립선암 및 난소암(전이포함)"으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또

한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제20조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 “암” 또는 장해상태가 된 원인과 동일한 경우(“암”의 경우 이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우) 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나, 최초계약의 암보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 “암”과 동일한 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양 세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
4. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다.
5. 각 세부보장의 진단보험금이 지급된 경우에는 해당 세부보장은 소멸되며 동일한 세부보장의 진단보험금을 추가로 지급하지 않습니다.
6. 위의 보험금 지급기준표의 내용 중 "1년 미만(계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)"의 보험금 감액 지급과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
7. 갱신계약에서 통합암(전이포함)으로 피보험자에게 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 지급사유가 발생하더라도 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 진단보험금이 지급된 통합암(전이포함)의 세부보장과 동일한 질병(갱신 전 계약에서 이미 진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다)인 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되

는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암 및 유방암 중 초기유방암 (여성에 한함) 제외)

① 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물(암)	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암) ※ 다만, 여성에 한하여 초기유방암 제외	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60,C61,C62,C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성 신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97

대 상 악 성 신 생 물(암)	분류코드
18. 진성 적혈구증가증	D45
19. 골수형성이상증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제5조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정갑상선암” 은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제6조(“유방암 중 초기유방암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질

병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

통합암(전이포함) 분류표

이 약관에서 규정하는 통합암(전이포함)은 다음 각 호의 질병을 총칭합니다.

1. 두경부암(전이포함)의 정의 및 진단 확정

① '두경부암(전이포함)'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
입술의 악성 신생물(암)	C00
혀뿌리의 악성 신생물(암)	C01
혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C02
잇몸의 악성 신생물(암)	C03
입바닥의 악성 신생물(암)	C04
구개의 악성 신생물(암)	C05
입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C06
귀밑샘의 악성 신생물(암)	C07
기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물(암)	C08
편도의 악성 신생물(암)	C09
입인두의 악성 신생물(암)	C10
비인두의 악성 신생물(암)	C11

분류항목	분류코드
이상동(梨狀洞)의 악성 신생물(암)	C12
하인두의 악성 신생물(암)	C13
입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물(암)	C14
비강 및 중이의 악성 신생물(암)	C30
부비동의 악성 신생물(암)	C31
눈 및 부속기의 악성 신생물(암)	C69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

2. 위암 및 식도암(전이포함)의 정의 및 진단 확정

① '위암및식도암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
식도의 악성 신생물(암)	C15
위의 악성 신생물(암)	C16
위의 이차성 악성 신생물(암)	C78.80

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

3. '소장·대장·항문암및기타암(전이포함)(대장암 중 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정

① '소장·대장·항문암및기타암(전이포함)(대장암 중 대장점막내암 제외)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
소장의 악성 신생물(암)	C17
결장의 악성 신생물(암)	C18
직장구불결장접합부의 악성 신생물(암)	C19
직장의 악성 신생물(암)	C20
항문 및 항문관의 악성 신생물(암)	C21
기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물(암)	C26
소장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.4
대장 및 직장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.5
비장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.82
기타 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.88
상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.89

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 대장의 악성 신생물(C18~C20) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암'은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로

는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

4. '간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)' 의 정의 및 진단 확정

① '간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
간 및 간내 담관의 악성 신생물(암)	C22
담낭의 악성 신생물(암)	C23
담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C24
췌장의 악성 신생물(암)	C25
간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.7
췌장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.81

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

5. '흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)' 의 정의 및 진단 확정

① '흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
후두의 악성 신생물(암)	C32
기관의 악성 신생물(암)	C33
기관지 및 폐의 악성 신생물(암)	C34
흉선의 악성 신생물(암)	C37
심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물(암)	C38
기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C39
중피종	C45
카포시육종	C46
말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물(암)	C47
후복막 및 복막의 악성 신생물(암)	C48
기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물(암)	C49
폐의 이차성 악성 신생물(암)	C78.0
종격의 이차성 악성 신생물(암)	C78.1
흉막의 이차성 악성 신생물(암)	C78.2
기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.3
후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물(암)	C78.6

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다. 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

6. '골·피부 등 전신부위암(전이포함)' 의 정의 및 진단 확정

① '골·피부 등 전신부위암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40
기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C41
피부의 악성 흑색종	C43
기타 및 부위불명의 악성 신생물(암)	C76
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)	C77
피부의 이차성 악성 신생물(암)	C79.2
골 및 골수의 이차성 악성 신생물(암)	C79.5
기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79.88
상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79.9
부위의 명시가 없는 악성 신생물(암)	C80
독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로

는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

7. '유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)(초기유방암 및 특정갑상선암 제외)' 의 정의 및 진단 확정

① '유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)(초기유방암 및 특정갑상선암 제외)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
유방의 악성 신생물(암)	C50
신우를 제외한 신장의 악성 신생물(암)	C64
신우의 악성 신생물(암)	C65
요관의 악성 신생물(암)	C66
방광의 악성 신생물(암)	C67
기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물(암)	C68
갑상선의 악성 신생물(암)	C73
부신의 악성 신생물(암)	C74
기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
신장 및 신우의 이차성 악성 신생물(암)	C79.0
방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물(암)	C79.1
부신의 이차성 악성 신생물(암)	C79.7
유방의 이차성 악성 신생물(암)	C79.80

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제5조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “특정갑상선암” 은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제6조(“유방암 중 초기유방암”의 정의 및 진단

확정)에서 정한 “초기유방암”(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.
② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

8. '남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)'의 정의 및 진단 확정

① '남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
음경의 악성 신생물(암)	C60
고환의 악성 신생물(암)	C62
기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C63
외음의 악성 신생물(암)	C51
질의 악성 신생물(암)	C52
자궁경부의 악성 신생물(암)	C53
자궁체부의 악성 신생물(암)	C54
자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C55
기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C57
태반의 악성 신생물(암)	C58
생식기관의 이차성 악성 신생물(암)	C79.81

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합

니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

9. '뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)'의 정의 및 진단 확정

① '뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
수막의 악성 신생물(암)	C70
뇌의 악성 신생물(암)	C71
척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C72
뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물(암)	C79.3
신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물(암)	C79.4

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

10. '혈액암(전이포함)'의 정의 및 진단 확정

① '혈액암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
호지킨림프종	C81
소포성 림프종	C82
비소포성 림프종	C83
성숙T/NK-세포림프종	C84
기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
악성 면역증식성 질환	C88
다발골수종 및 악성 형질세포신생물	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 악성 신생물(암)	C96
진성 적혈구증가증	D45
골수형성이상증후군	D46
만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

11. '전립선암 및 난소암(전이포함)'의 정의 및 진단 확정

① '전립선암 및 난소암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
전립선의 악성 신생물(암)	C61
난소의 악성 신생물(암)	C56
난소의 이차성 악성 신생물(암)	C79.6

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항, 제16조 제7항 및 제24조 제2항 관련)

1. 통합암(전이포함) 진단보험금 (제8조) 및 계약자적립액(제16조 제7항)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제24조 제1항)

<table>
<tr><th>기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하

는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
통합암(전이포함)진단특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 통합암(전이포함)진단특약H(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 통합암(전이포함)진단특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는

때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암" 및 "기타피부암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암 및 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 제4조("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암, 제5조("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암, 제6조("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병

·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 암 및 기타피부암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암 및 기타피부암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해

당하는 질병으로 봅니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

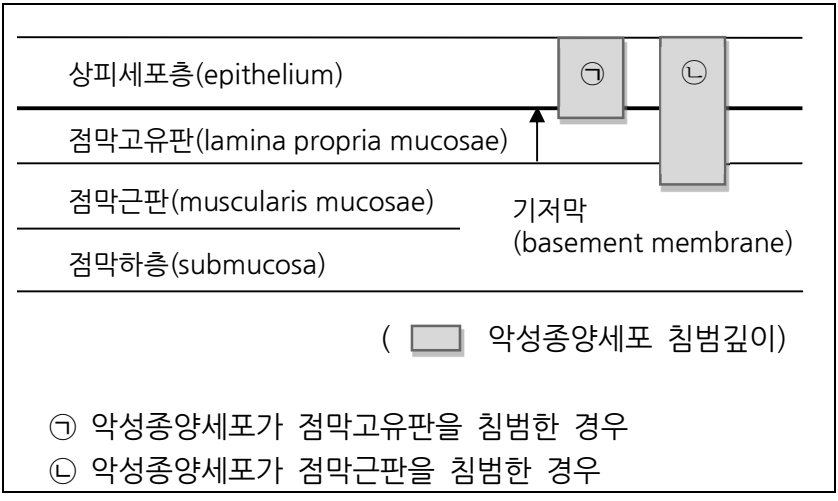
['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② 대장점막내암의 진단확정은 병원의 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 대장점막내암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변

경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② "특정갑상선암"이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 갑상선암 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니

다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다.(이하 "초기유방암"이라 합니다.)

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma),침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴 (two mass)
종괴1(mass 1) - 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm
종괴2(mass 2) - 1.2cm x 1.0cm x 1.0cm
=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당하므로

초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 2.0cm x 2.0cm x 1.0cm _ T1
림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis)
_ N1mi
=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm
유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)
: 3.0cm x 2.0cm x 2.0cm
=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② 초기유방암의 진단확정은 병원의 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 초기유방암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을

말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
[예시]
「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “초기유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 ("통합암(전이포함)" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "통합암(전이포함)"이라 함은 다음 각 호에 해당하는 총 11개의 세부보장을 말하며, 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표"]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이

전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

1. 두경부암(전이포함)
2. 위암 및 식도암(전이포함)
3. 소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)
4. 간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)
5. 흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)
6. 골·피부 등 전신부위암(전이포함)
7. 유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)
8. 남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)
9. 뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)
10. 혈액암(전이포함)
11. 전립선암 및 난소암(전이포함)

② 이 특약에 있어서 “두경부암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “위암 및 식도암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.
(다만, 대장암 중 대장점막내암은 제외합니다.)

⑤ 이 특약에 있어서 “간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에 있어서 “흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포

함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에 있어서 “골·피부 등 전신부위암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑧ 이 특약에 있어서 “유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.
(다만, 특정갑상선암과 유방암 중 초기유방암은 제외합니다.)

⑨ 이 특약에 있어서 “남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑩ 이 특약에 있어서 “뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑪ 이 특약에 있어서 “혈액암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑫ 이 특약에 있어서 “전립선암 및 난소암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑬ 제1항에서 정한 “통합암(전이포함)”의 진단 확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(Fine Needle Aspiration Biopsy) 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하

며, 이 경우 “통합암(전이포함)”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑭ 제13항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “통합암(전이포함)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제8조 (보험금의 지급사유)

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 11개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. 다음 각 호의 진단보험금을 합하여 “통합암(전이포함) 진단보험금”이라 합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 두경부암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 두경부암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 위암 및 식도암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 위암 및 식도암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 골·피부 등 전신부위암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 골·피부 등 전신부위암(전이포함) 진단보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)

7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
8. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 남성생식기암(전립선암제외)(전이포함) 진단보험금(남성에 한함)
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
   : 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)진단보험금(여성에 한함)
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
9. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 뇌암 및 중추신경계통암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
10. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 혈액암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)

: 혈액암(전이포함) 진단보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)

11. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 전립선암 및 난소암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 전립선암(전이포함) 진단보험금(남성에 한함)
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
: 난소암(전이포함) 진단보험금(여성에 한함)
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

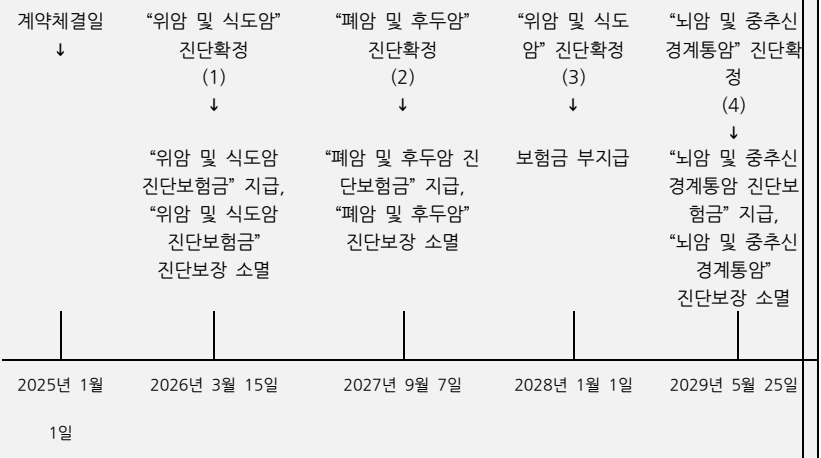
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 피보험자가 “암보장개시일” 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가

발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

[통합암진단보험금 지급예시]



(1) 2026년 3월 15일 피보험자가 "위암 및 식도암" 진단 확정
: "위암 및 식도암 진단보험금" 지급 후 "위암 및 식도암" 진단보장 소멸

(2) 2027년 9월 7일 피보험자가 "폐암 및 후두암"으로 진단 확정
: "폐암 및 후두암 진단보험금" 지급 후 "폐암 및 후두암" 진단보장 소멸

(3) 2028년 1월 1일 피보험자가 "위암 및 식도암"으로 진단 확정
: "위암 및 식도암" 진단보장은 2026년 3월 15일 "위암 및 식도암 진단보험금" 지급 후 소멸하였으므로 해당 위암 및 식도암으로 인한 "위암 및 식도암 진단보험금" 부지급

(4) 2029년 5월 25일 피보험자가 "뇌암 및 중추신경계통암"으로 진단 확정
: "뇌암 및 중추신경계통암 진단보험금" 지급 후 "뇌암 및 중추신경계통암" 진단보장 소멸

④ 피보험자가 이 특약의 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 통합암(전이포함)으로 진단이 확정된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제8조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 세부보장의 진단보험금을 지급합니다.

⑤ 제4항에 의한 진단 확정으로 제14조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에서 정한 바에 따라 계약이 소멸(피보험자의 사망으로 인한 경우를 제외합니다)된 경우에는 제14조(특약의 체결 및 소멸) 제3항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제6조(보험금의 지급사유)에 따른 “통합암(전이포함)” 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 및 제14조(특약의 체결 및 소멸) 제4항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑦ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 '사망'의 원인 및 '통합암(전이포함) 진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑧ 제7항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑨ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑩ 제9항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상

두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑭ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제14항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑰ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑱ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑳ 계약자는 피보험자가 계약일[부활(효력회복)일]부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받았을 경우에는 그 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

㉑ 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 “암”이 제16조(특약의 무효) 제2호에서 정한 암에 해당하는 경우에는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금에 해당하는 세부보장은 무효로 하며, 계약자에게 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 나머지 세부보장에 대해서는 유효한 계약으로 보며, 제20항을 적용하여 계약자가 특약의 취소를 선택할 수 있습니다.

㉒ 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”이 발생하였으나 제21항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 “암”으로 제2항에서 정한 보험료 납입면제의 사유가 발생한 경우라도 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 계약일(부활(효력회복)일)부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받더라도 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 “암

보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 제2항에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

㉓ 제22항의 "암보장개시일"부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉔ 제23항에도 불구하고 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제23항의 "암보장개시일"로 하여 적용합니다.

제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제8조(보험금의 지급사유)

에서 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제12조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하

거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 세부보장을 동일한 조건으로 가입하여야 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약을 체결할 때 계약자는 각 세부보장별 보험가입금액을 다르게 가입할 수 있습니다.

④ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경

우. 다만, 각 세부보장에서 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 세부보장에 한하여 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑦ 제4항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 "실종기간"이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑧ 제4항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑨ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑩ 제9항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑪ 제9항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑫ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율(이하 “보

험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 “암보장개시일” 전일 이전에 제7조("통합암(전이포함)"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “통합암(전이포함)” 중 어느 하나의 암으로 진단이 확정된 경우에는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금에 해당하는 세부보장은 무효로 하며 계약자에게 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
3. 제2호 및 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제20항의 “이미 납입한 보험료”는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있

습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제14조(특약의 체결 및 소멸) 제4항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한

나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입해야 합니다.

⑤ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제3조("암" 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정)의 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회

복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 경우, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다. 단, 보험금 지급사유가 발생한 세부보장은 제외합니다.

④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를

납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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 : 각 세부보장별 보험가입금액)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
두경부암 (전이포함) 진단 보험금 (제8조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “두경부암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%
위암 및 식도암 (전이포함)진단 보험금 (제8조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “위암 및 식도암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%
소장·대장·항문암 및 기타암 (전이포함)진단 보험금 (제8조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%
간·담낭·담도암 및 췌장암 (전이포함) 진단	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우	[1년이상] 보험가입금액100%

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
보험금 (제8조 제4호)	(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년미만] 보험가입금 액50%
흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)진단보험금 (제8조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금 액100% [1년미만] 보험가입금 액50%
골·피부 등 전신부위암(전이포함) 진단보험금 (제8조 제6호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “골·피부 등 전신부위암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금 액100% [1년미만] 보험가입금 액50%
유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함) 진단보험금 (제8조 제7호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금 액100% [1년미만] 보험가입금 액50%
남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이	[1년이상] 보험가입금 액100%

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
소암제외)(전이포함)진단보험금(제8조 제8호)	포함)"으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년미만] 보험가입금액50%
뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)진단보험금(제8조 제9호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)"으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%
혈액암(전이포함)진단보험금(제8조 제10호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "혈액암(전이포함)"으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%
전립선암 및 난소암(전이포함) 진단보험금(제8조 제11호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "전립선암 및 난소암(전이포함)"으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태

가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. 이 특약의 암보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
5. 각 세부보장의 진단보험금이 지급된 경우에는 해당 세부보장은 소멸되며 동일한 세부보장의 진단보험금을 추가로 지급하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되

는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암 및 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 제외)

① 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물(암)	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암) ※ 다만, 여성에 한하여 초기유방암 제외	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60,C61,C62,C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성 신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97

대 상 악 성 신 생 물(암)	분류코드
18. 진성 적혈구증가증	D45
19. 골수형성이상증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제5조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정갑상선암” 은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제6조(“유방암 중 초기유방암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질

병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

통합암(전이포함) 분류표

이 약관에서 규정하는 통합암(전이포함)은 다음 각 호의 질병을 총칭합니다.

1. 두경부암(전이포함)의 정의 및 진단 확정

① '두경부암(전이포함)'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
입술의 악성 신생물(암)	C00
혀뿌리의 악성 신생물(암)	C01
혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C02
잇몸의 악성 신생물(암)	C03
입바닥의 악성 신생물(암)	C04
구개의 악성 신생물(암)	C05
입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C06
귀밑샘의 악성 신생물(암)	C07
기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물(암)	C08
편도의 악성 신생물(암)	C09
입인두의 악성 신생물(암)	C10
비인두의 악성 신생물(암)	C11

분류항목	분류코드
이상동(梨狀洞)의 악성 신생물(암)	C12
하인두의 악성 신생물(암)	C13
입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물(암)	C14
비강 및 중이의 악성 신생물(암)	C30
부비동의 악성 신생물(암)	C31
눈 및 부속기의 악성 신생물(암)	C69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

2. 위암 및 식도암(전이포함)의 정의 및 진단 확정

① '위암및식도암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
식도의 악성 신생물(암)	C15
위의 악성 신생물(암)	C16
위의 이차성 악성 신생물(암)	C78.80

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

3. '소장·대장·항문암및기타암(전이포함)(대장암 중 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정

① '소장·대장·항문암및기타암(전이포함)(대장암 중 대장점막내암 제외)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
소장의 악성 신생물(암)	C17
결장의 악성 신생물(암)	C18
직장구불결장접합부의 악성 신생물(암)	C19
직장의 악성 신생물(암)	C20
항문 및 항문관의 악성 신생물(암)	C21
기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물(암)	C26
소장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.4
대장 및 직장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.5
비장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.82
기타 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.88
상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.89

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 대장의 악성 신생물(C18~C20) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암'은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로

는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

4. '간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)' 의 정의 및 진단 확정

① '간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
간 및 간내 담관의 악성 신생물(암)	C22
담낭의 악성 신생물(암)	C23
담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C24
췌장의 악성 신생물(암)	C25
간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.7
췌장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.81

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

5. '흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)' 의 정의 및 진단 확정

① '흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
후두의 악성 신생물(암)	C32
기관의 악성 신생물(암)	C33
기관지 및 폐의 악성 신생물(암)	C34
흉선의 악성 신생물(암)	C37
심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물(암)	C38
기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C39
중피종	C45
카포시육종	C46
말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물(암)	C47
후복막 및 복막의 악성 신생물(암)	C48
기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물(암)	C49
폐의 이차성 악성 신생물(암)	C78.0
종격의 이차성 악성 신생물(암)	C78.1
흉막의 이차성 악성 신생물(암)	C78.2
기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.3
후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물(암)	C78.6

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

6. '골·피부 등 전신부위암(전이포함)' 의 정의 및 진단 확정

① '골·피부 등 전신부위암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40
기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C41
피부의 악성 흑색종	C43
기타 및 부위불명의 악성 신생물(암)	C76
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)	C77
피부의 이차성 악성 신생물(암)	C79.2
골 및 골수의 이차성 악성 신생물(암)	C79.5
기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79.88
상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79.9
부위의 명시가 없는 악성 신생물(암)	C80
독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로

는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

7. '유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)(초기유방암 및 특정갑상선암 제외)' 의 정의 및 진단 확정

① '유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)(초기유방암 및 특정갑상선암 제외)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
유방의 악성 신생물(암)	C50
신우를 제외한 신장의 악성 신생물(암)	C64
신우의 악성 신생물(암)	C65
요관의 악성 신생물(암)	C66
방광의 악성 신생물(암)	C67
기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물(암)	C68
갑상선의 악성 신생물(암)	C73
부신의 악성 신생물(암)	C74
기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
신장 및 신우의 이차성 악성 신생물(암)	C79.0
방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물(암)	C79.1
부신의 이차성 악성 신생물(암)	C79.7
유방의 이차성 악성 신생물(암)	C79.80

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제5조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “특정갑상선암” 은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제6조(“유방암 중 초기유방암”의 정의 및 진단

확정)에서 정한 “초기유방암”(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.
② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

8. '남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)'의 정의 및 진단 확정

① '남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
음경의 악성 신생물(암)	C60
고환의 악성 신생물(암)	C62
기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C63
외음의 악성 신생물(암)	C51
질의 악성 신생물(암)	C52
자궁경부의 악성 신생물(암)	C53
자궁체부의 악성 신생물(암)	C54
자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C55
기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C57
태반의 악성 신생물(암)	C58
생식기관의 이차성 악성 신생물(암)	C79.81

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합

니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

9. '뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)'의 정의 및 진단 확정

① '뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
수막의 악성 신생물(암)	C70
뇌의 악성 신생물(암)	C71
척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C72
뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물(암)	C79.3
신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물(암)	C79.4

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

10. '혈액암(전이포함)'의 정의 및 진단 확정

① '혈액암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
호지킨림프종	C81
소포성 림프종	C82
비소포성 림프종	C83
성숙T/NK-세포림프종	C84
기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
악성 면역증식성 질환	C88
다발골수종 및 악성 형질세포신생물	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 악성 신생물(암)	C96
진성 적혈구증가증	D45
골수형성이상증후군	D46
만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

11. '전립선암 및 난소암(전이포함)'의 정의 및 진단 확정

① '전립선암 및 난소암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
전립선의 악성 신생물(암)	C61
난소의 악성 신생물(암)	C56
난소의 이차성 악성 신생물(암)	C79.6

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항, 제14조 제8항 및 제23조 제4항 관련)

1. 통합암(전이포함) 진단보험금 (제8조) 및 계약자적립액(제14조 제8항)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하

는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
통합암(전이포함)진단특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 통합암(전이포함)진단특약L(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 통합암(전이포함)진단특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는

때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암" 및 "기타피부암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암 및 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 제4조("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암, 제5조("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정갑상선암, 제6조("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병

·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 암 및 기타피부암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암 및 기타피부암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해

당하는 질병으로 봅니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

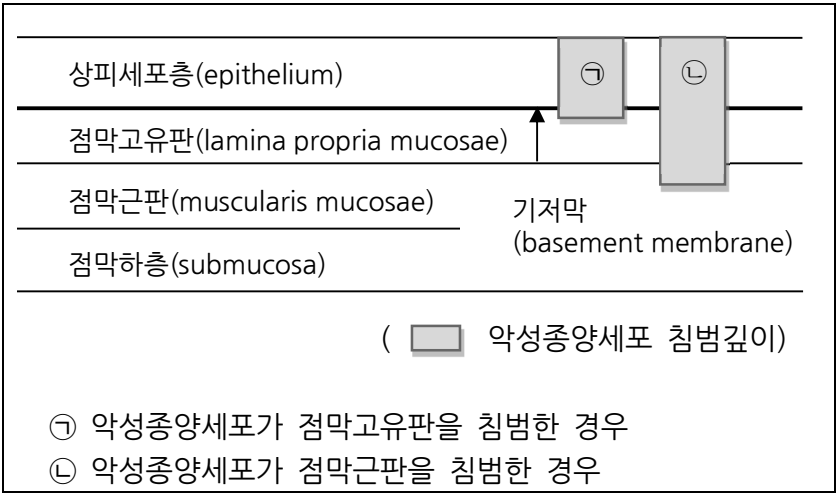
['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("대장암 중 대장점막내암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "대장암 중 대장점막내암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다)의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 통과하여 점막고유판(lamina propria mucosae) 또는 점막근판(muscularis mucosae)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다(이하 "대장점막내암"이라 합니다).

[대장점막내암 예시]



㉠ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우
㉡ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② 대장점막내암의 진단확정은 병원의 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 대장점막내암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변

경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("특정갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② "특정갑상선암"이라 함은 "중대한 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ 제2항에서 "중대한 갑상선암"이라 함은 갑상선암 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중대한 갑상선암” 및 “특정갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니

다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 ("유방암 중 초기유방암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "유방암 중 초기유방암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병 중 침윤암종(invasive carcinoma)의 크기가 2cm 이하면서 림프절의 전이나 타장기 전이가 없는 상태의 질병을 말합니다.(이하 "초기유방암"이라 합니다.)

[초기유방암 예시]

1. 침윤암종에는 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma),침윤성소엽암(invasive lobular carcinoma), 침윤성유두암(invasive papillary carcinoma), 침윤성점액성암(invasive mucinous carcinoma) 등이 포함됩니다.

2. 침윤암종이 다수인 경우 가장 큰 침윤암종의 크기(가장 긴 길이기준)를 기준으로 합니다.

예) 침윤성유관암(invasive ductal carcinoma) x 2개종괴 (two mass)
종괴1(mass 1) - 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm
종괴2(mass 2) - 1.2cm x 1.0cm x 1.0cm
=>가장 큰 침윤암종의 크기는 1.2cm 에 해당하므로

초기 유방암에 해당합니다.

3. 림프절 전이에는 미세전이도 포함합니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 2.0cm x 2.0cm x 1.0cm _ T1
림프절 1개 미세전이(lymph node 1 micrometasis)
_ N1mi
=>침윤암종의 크기는 초기유방암에 해당하나 림프절의 미세전이가 있는 경우로 초기유방암에 해당하지 않습니다.

4. 제자리암종의 크기는 침윤암종의 크기에 포함하지 않습니다.

예) 침윤성유관암 크기(invasive ductal carcinoma size)
: 1.0cm x 1.0cm x 1.0cm
유관내제자리암 크기(ductal carcinoma in situ size)
: 3.0cm x 2.0cm x 2.0cm
=>침윤암종의 크기가 2cm 미만으로 초기유방암에 해당합니다.

② 초기유방암의 진단확정은 병원의 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 초기유방암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을

말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
[예시]
「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 「C73[갑상선의 악성 신생물(암)]중 중대한 갑상선암을 제외한 나머지 갑상선의 악성 신생물(암)」에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “초기유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제7조 ("통합암(전이포함)" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "통합암(전이포함)"이라 함은 다음 각 호에 해당하는 총 11개의 세부보장을 말하며, 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표"]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이

전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

1. 두경부암(전이포함)
2. 위암 및 식도암(전이포함)
3. 소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)
4. 간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)
5. 흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)
6. 골·피부 등 전신부위암(전이포함)
7. 유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)
8. 남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)
9. 뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)
10. 혈액암(전이포함)
11. 전립선암 및 난소암(전이포함)

② 이 특약에 있어서 “두경부암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “위암 및 식도암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.
(다만, 대장암 중 대장점막내암은 제외합니다.)

⑤ 이 특약에 있어서 “간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에 있어서 “흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포

함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에 있어서 “골·피부 등 전신부위암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑧ 이 특약에 있어서 “유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.
(다만, 특정갑상선암과 유방암 중 초기유방암은 제외합니다.)

⑨ 이 특약에 있어서 “남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑩ 이 특약에 있어서 “뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑪ 이 특약에 있어서 “혈액암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑫ 이 특약에 있어서 “전립선암 및 난소암(전이포함)”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [(별표 5) “통합암(전이포함) 분류표”]에서 정한 질병을 말합니다.

⑬ 제1항에서 정한 “통합암(전이포함)”의 진단 확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(Fine Needle Aspiration Biopsy) 또는 혈액(Hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하

며, 이 경우 “통합암(전이포함)”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑭ 제13항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “통합암(전이포함)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제8조 (보험금의 지급사유)

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 11개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. 다음 각 호의 진단보험금을 합하여 “통합암(전이포함) 진단보험금”이라 합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 두경부암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 두경부암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 위암 및 식도암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 위암 및 식도암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 골·피부 등 전신부위암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 골·피부 등 전신부위암(전이포함) 진단보험금

(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)

7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
8. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 남성생식기암(전립선암제외)(전이포함) 진단보험금(남성에 한함)
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
   : 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)진단보험금(여성에 한함)
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
9. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
   : 뇌암 및 중추신경계통암(전이포함) 진단보험금
   (다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
10. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 혈액암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)

: 혈액암(전이포함) 진단보험금
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)

11. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 전립선암 및 난소암(전이포함)으로 진단확정 되었을 경우(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)
: 전립선암(전이포함) 진단보험금(남성에 한함)
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)
: 난소암(전이포함) 진단보험금(여성에 한함)
(다만, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50%를 지급합니다.)

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

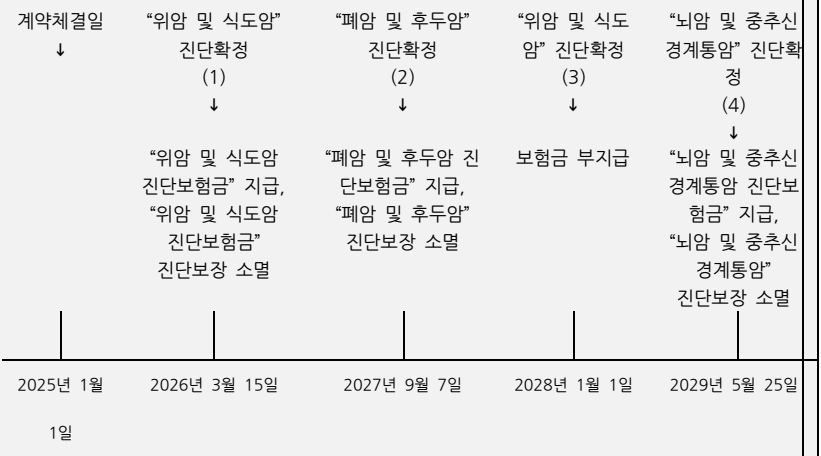
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 피보험자가 “암보장개시일” 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금 지급사유가

발생한 경우 회사는 해당 진단보험금의 50%를 지급합니다.

[통합암진단보험금 지급예시]



(1) 2026년 3월 15일 피보험자가 "위암 및 식도암" 진단 확정
: "위암 및 식도암 진단보험금" 지급 후 "위암 및 식도암" 진단보장 소멸

(2) 2027년 9월 7일 피보험자가 "폐암 및 후두암"으로 진단 확정
: "폐암 및 후두암 진단보험금" 지급 후 "폐암 및 후두암" 진단보장 소멸

(3) 2028년 1월 1일 피보험자가 "위암 및 식도암"으로 진단 확정
: "위암 및 식도암" 진단보장은 2026년 3월 15일 "위암 및 식도암 진단보험금" 지급 후 소멸하였으므로 해당 위암 및 식도암으로 인한 "위암 및 식도암 진단보험금" 부지급

(4) 2029년 5월 25일 피보험자가 "뇌암 및 중추신경계통암"으로 진단 확정
: "뇌암 및 중추신경계통암 진단보험금" 지급 후 "뇌암 및 중추신경계통암" 진단보장 소멸

④ 피보험자가 이 특약의 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 통합암(전이포함)으로 진단이 확정된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제8조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 세부보장의 진단보험금을 지급합니다.

⑤ 제4항 및 제14조(특약의 체결 및 소멸) 제4항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 ‘사망’의 원인 및 ‘통합암(전이포함) 진단보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.

2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준

에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 계약자는 피보험자가 계약일[부활(효력회복)일]부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받았을 경우에는 그 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할

수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

⑳ 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 “암”이 제16조(특약의 무효) 제2호에서 정한 암에 해당하는 경우에는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금에 해당하는 세부보장은 무효로 하며, 계약자에게 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 나머지 세부보장에 대해서는 유효한 계약으로 보며, 제19항을 적용하여 계약자가 특약의 취소를 선택할 수 있습니다.

㉑ 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”이 발생하였으나 제20항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 계약일부터 “암보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 “암”으로 제2항에서 정한 보험료 납입면제의 사유가 발생한 경우라도 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 계약일(부활(효력회복)일)부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정 받더라도 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 “암보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 제2항에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

㉒ 제21항의 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉓ 제22항에도 불구하고 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제22항의 “암보

장개시일"로 하여 적용합니다.

제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제12조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진

료기록부(검사기록지 포함) 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제12조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사

가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 세부보장을 동일한 조건으로 가입하여야 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약을 체결할 때 계약자는 각 세부보장별 보험가입금액을 다르게 가입할 수 있습니다.

④ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우. 다만, 각 세부보장에서 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 세부보장에 한하여 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부

터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더

하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 “암보장개시일” 전일 이전에 제7조("통합암(전이포함)"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “통합암(전이포함)” 중 어느 하나의 암으로 진단이 확정된 경우에는 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금에 해당하는 세부보장은 무효로 하며 계약자에게 해당 세부보장의 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
3. 제2호 및 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제20항의 “이미 납입한 보험료”는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액합니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제14조(특약의 체결 및 소멸) 제4항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입해야 합니다.

⑤ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제3조("암" 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정)의 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한

경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 경우, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다. 단, 보험금 지급사유가 발생한 세부보장은 제외합니다.

④ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를

말합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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 : 각 세부보장별 보험가입금액)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
두경부암 (전이포함) 진단 보험금 (제8조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “두경부암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%
위암 및 식도암 (전이포함)진단 보험금 (제8조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “위암 및 식도암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%
소장·대장·항문암 및 기타암 (전이포함)진단 보험금 (제8조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%
간·담낭·담도암 및 췌장암 (전이포함) 진단	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우	[1년이상] 보험가입금액100%

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
보험금 (제8조 제4호)	(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년미만] 보험가입금 액50%
흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)진단보험금 (제8조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금 액100% [1년미만] 보험가입금 액50%
골·피부 등 전신부위암(전이포함) 진단보험금 (제8조 제6호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “골·피부 등 전신부위암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금 액100% [1년미만] 보험가입금 액50%
유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함) 진단보험금 (제8조 제7호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)”으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금 액100% [1년미만] 보험가입금 액50%
남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이	[1년이상] 보험가입금 액100%

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
소암제외)(전이포함)진단보험금(제8조 제8호)	포함)"으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년미만] 보험가입금액50%
뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)진단보험금(제8조 제9호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)"으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%
혈액암(전이포함)진단보험금(제8조 제10호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "혈액암(전이포함)"으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%
전립선암 및 난소암(전이포함) 진단보험금(제8조 제11호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "전립선암 및 난소암(전이포함)"으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	[1년이상] 보험가입금액100% [1년미만] 보험가입금액50%

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태

가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. 이 특약의 암보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
4. 각 세부보장의 진단보험금이 지급된 경우에는 해당 세부보장은 소멸되며 동일한 세부보장의 진단보험금을 추가로 지급하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되

는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암, 특정갑상선암, 대장점막내암 및 유방암 중 초기유방암(여성에 한함) 제외)

① 약관에서 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물(암)	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암) ※ 다만, 여성에 한하여 초기유방암 제외	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60,C61,C62,C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성 신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97

대 상 악 성 신 생 물(암)	분류코드
18. 진성 적혈구증가증	D45
19. 골수형성이상증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(C15~C26) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제5조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정갑상선암” 은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제6조(“유방암 중 초기유방암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암 중 초기유방암(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질

병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

통합암(전이포함) 분류표

이 약관에서 규정하는 통합암(전이포함)은 다음 각 호의 질병을 총칭합니다.

1. 두경부암(전이포함)의 정의 및 진단 확정

① '두경부암(전이포함)'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
입술의 악성 신생물(암)	C00
혀뿌리의 악성 신생물(암)	C01
혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C02
잇몸의 악성 신생물(암)	C03
입바닥의 악성 신생물(암)	C04
구개의 악성 신생물(암)	C05
입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C06
귀밑샘의 악성 신생물(암)	C07
기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물(암)	C08
편도의 악성 신생물(암)	C09
입인두의 악성 신생물(암)	C10
비인두의 악성 신생물(암)	C11

분류항목	분류코드
이상동(梨狀洞)의 악성 신생물(암)	C12
하인두의 악성 신생물(암)	C13
입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물(암)	C14
비강 및 중이의 악성 신생물(암)	C30
부비동의 악성 신생물(암)	C31
눈 및 부속기의 악성 신생물(암)	C69

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

2. 위암 및 식도암(전이포함)의 정의 및 진단 확정

① '위암및식도암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
식도의 악성 신생물(암)	C15
위의 악성 신생물(암)	C16
위의 이차성 악성 신생물(암)	C78.80

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

3. '소장·대장·항문암및기타암(전이포함)(대장암 중 대장점막내암 제외)'의 정의 및 진단 확정

① '소장·대장·항문암및기타암(전이포함)(대장암 중 대장점막내암 제외)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
소장의 악성 신생물(암)	C17
결장의 악성 신생물(암)	C18
직장구불결장접합부의 악성 신생물(암)	C19
직장의 악성 신생물(암)	C20
항문 및 항문관의 악성 신생물(암)	C21
기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물(암)	C26
소장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.4
대장 및 직장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.5
비장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.82
기타 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.88
상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.89

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 대장의 악성 신생물(C18~C20) 중 제4조(“대장암 중 대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '대장점막내암'은 위의 분류표에서 제외됩니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로

는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

4. '간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)' 의 정의 및 진단 확정

① '간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
간 및 간내 담관의 악성 신생물(암)	C22
담낭의 악성 신생물(암)	C23
담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C24
췌장의 악성 신생물(암)	C25
간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.7
췌장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.81

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

5. '흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)' 의 정의 및 진단 확정

① '흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
후두의 악성 신생물(암)	C32
기관의 악성 신생물(암)	C33
기관지 및 폐의 악성 신생물(암)	C34
흉선의 악성 신생물(암)	C37
심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물(암)	C38
기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C39
중피종	C45
카포시육종	C46
말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물(암)	C47
후복막 및 복막의 악성 신생물(암)	C48
기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물(암)	C49
폐의 이차성 악성 신생물(암)	C78.0
종격의 이차성 악성 신생물(암)	C78.1
흉막의 이차성 악성 신생물(암)	C78.2
기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.3
후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물(암)	C78.6

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는

한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시 1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다. 2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

6. '골·피부 등 전신부위암(전이포함)' 의 정의 및 진단 확정

① '골·피부 등 전신부위암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40
기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C41
피부의 악성 흑색종	C43
기타 및 부위불명의 악성 신생물(암)	C76
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)	C77
피부의 이차성 악성 신생물(암)	C79.2
골 및 골수의 이차성 악성 신생물(암)	C79.5
기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79.88
상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79.9
부위의 명시가 없는 악성 신생물(암)	C80
독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로

는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

7. '유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)(초기유방암 및 특정갑상선암 제외)' 의 정의 및 진단 확정

① '유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)(초기유방암 및 특정갑상선암 제외)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
유방의 악성 신생물(암)	C50
신우를 제외한 신장의 악성 신생물(암)	C64
신우의 악성 신생물(암)	C65
요관의 악성 신생물(암)	C66
방광의 악성 신생물(암)	C67
기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물(암)	C68
갑상선의 악성 신생물(암)	C73
부신의 악성 신생물(암)	C74
기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
신장 및 신우의 이차성 악성 신생물(암)	C79.0
방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물(암)	C79.1
부신의 이차성 악성 신생물(암)	C79.7
유방의 이차성 악성 신생물(암)	C79.80

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(C73) 중 제5조(“특정갑상선암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “특정갑상선암” 은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 유방의 악성 신생물(C50) 중 제6조(“유방암 중 초기유방암”의 정의 및 진단

확정)에서 정한 “초기유방암”(여성에 한함)은 위의 분류표에서 제외합니다.
② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

8. '남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)'의 정의 및 진단 확정

① '남성생식기암(전립선암제외) 및 여성생식기암(난소암제외)(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
음경의 악성 신생물(암)	C60
고환의 악성 신생물(암)	C62
기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C63
외음의 악성 신생물(암)	C51
질의 악성 신생물(암)	C52
자궁경부의 악성 신생물(암)	C53
자궁체부의 악성 신생물(암)	C54
자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C55
기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C57
태반의 악성 신생물(암)	C58
생식기관의 이차성 악성 신생물(암)	C79.81

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합

니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

9. '뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)'의 정의 및 진단 확정

① '뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
수막의 악성 신생물(암)	C70
뇌의 악성 신생물(암)	C71
척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C72
뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물(암)	C79.3
신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물(암)	C79.4

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

10. '혈액암(전이포함)'의 정의 및 진단 확정

① '혈액암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
호지킨림프종	C81
소포성 림프종	C82
비소포성 림프종	C83
성숙T/NK-세포림프종	C84
기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
악성 면역증식성 질환	C88
다발골수종 및 악성 형질세포신생물	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 악성 신생물(암)	C96
진성 적혈구증가증	D45
골수형성이상증후군	D46
만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

11. '전립선암 및 난소암(전이포함)'의 정의 및 진단 확정

① '전립선암 및 난소암(전이포함)'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
전립선의 악성 신생물(암)	C61
난소의 악성 신생물(암)	C56
난소의 이차성 악성 신생물(암)	C79.6

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항 및 제23조 제4항 관련)

1. 통합암(전이포함) 진단보험금 (제8조)

기 간	지 급 이 자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하

는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
특정뇌동맥질환혈관색전수술특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 특정뇌동맥질환혈관색전수술특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 특정뇌동맥질환혈관색전수술특약(간편N/갱신형)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제17조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“특정뇌동맥질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “특정뇌동맥질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “특정뇌동맥질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 파열된 대뇌동맥류 및 파열되지 않은 선천성 대뇌동맥류는 보장하지 않습니다.

② “특정뇌동맥질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“급여 혈관색전수술(동맥류)”의 정의)

① 이 특약에서 “급여 혈관색전수술(동맥류)”이라 함은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리 하에 (별표 5) “급여 혈관색전수술(동맥류) 분류표”에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니

다)를 하는 것을 말합니다. 다만 “특정뇌동맥질환”에서 정한 질환 이외의 척추혈관, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형에 대해 “급여 혈관색전수술(동맥류)”을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

② 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

③ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정뇌동맥질환”으로 진단이 확정되고, 그 “특정뇌동맥질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 혈관색전수술(동맥류)”을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “특정뇌동맥질환 혈관색전수술보험금(급여)”(다만, 연간 1회에 한함) [(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만인 경우 50% 감액지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니

다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 “급여 혈관색전수술(동맥류)”을 받았을 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 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 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입

면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비세부산정내역서, 진단서(병명), 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부

기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에

는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우 이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3

항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적

용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약

의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조(해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할

때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
특정뇌동맥질환 혈관색전수술 보험금(급여) (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정뇌동맥질환”으로 진단이 확정되고, 그 “특정뇌동맥질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 혈관색전수술(동맥류)”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	200만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만인 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태와 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

특정뇌동맥질환 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정뇌동맥질환'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
파열되지 않은 대뇌동맥의 박리	I67.0
파열되지 않은 대뇌동맥류	I67.1

※ 파열된 대뇌동맥류 및 파열되지 않은 선천성 대뇌동맥류는 보장하지 않습니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

급여 혈관색전수술(동맥류) 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 혈관색전수술(동맥류)”로 분류되는 항목은 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2023-16호, 2023.2.1시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
혈관색전술	뇌혈관 [척추 포함] - 동맥류 - 보조물지지	M1661
	뇌혈관 [척추 포함] - 동맥류 - 기타의 경우	M1662

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 수술보험금(급여) (제5조) 및 계약자적립액 (제13조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제22조 제1항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의

사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
특정뇌동맥질환혈관색전수술특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 특정뇌동맥질환혈관색전수술특약H(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 특정뇌동맥질환혈관색전수술특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“특정뇌동맥질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “특정뇌동맥질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “특정뇌동맥질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 파열된 대뇌동맥류 및 파열되지 않은 선천성 대뇌동맥류는 보장하지 않습니다.

② “특정뇌동맥질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술

(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“급여 혈관색전수술(동맥류)”의 정의)

이 특약에서 “급여 혈관색전수술(동맥류)”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 (별표 5) “급여 혈관색전수술(동맥류) 분류표”에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다. 다만 “특정뇌동맥질환”에서 정한 질환 이외의 척추혈관, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형에 대해 “급여 혈관색전수술(동맥류)”을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

제5조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“급여 혈관색전수술(동맥류)”의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 혈관색전수술(동맥류) 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 혈관색전수술(동맥류) 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제4조(“급여 혈관색전수술(동맥류)”의 정의)에도 불구하고 “급여 혈관색전수술(동맥류) 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경

우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금

지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “급여 혈관색전수술(동맥류) 관련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정뇌동맥질환”으로 진단이 확정되고, 그 “특정뇌동맥질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 혈관색전수술(동맥류)”을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “특정뇌동맥질환 혈관색전수술보험금(급여)”(다만, 연간 1회에 한함) [(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 “급여 혈관색전수술(동맥류)”을 받았을 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로

도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 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 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은

장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금

을 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비세부산정내역서, 진료비계산서·영수증, 진단서(병명기입), 장해진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없

는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장

개시일과 동일합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는

보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조(해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
특정뇌동맥질환 혈관색전수술 보험금(급여) (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정뇌동맥질환”으로 진단이 확정되고, 그 “특정뇌동맥질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 혈관색전수술(동맥류)”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

특정뇌동맥질환 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정뇌동맥질환'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
파열되지 않은 대뇌동맥의 박리	I67.0
파열되지 않은 대뇌동맥류	I67.1

※ 파열된 대뇌동맥류 및 파열되지 않은 선천성 대뇌동맥류는 보장하지 않습니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

급여 혈관색전수술(동맥류) 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 혈관색전수술(동맥류)”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-128호, 2025.7.29 시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
혈관색전술	뇌혈관 [척추 포함] - 동맥류 - 보조물지지	M1661
	뇌혈관 [척추 포함] - 동맥류 - 기타의 경우	M1662

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제12조 5항 및 제21조 제4항 관련)

1. 보험금(급여)(제6조) 및 계약자적립액(제12조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
특정뇌동맥질환혈관색전수술특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 특정뇌동맥질환혈관색전수술특약L(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 특정뇌동맥질환혈관색전수술특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금

○ 일반형 특약

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“특정뇌동맥질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “특정뇌동맥질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “특정뇌동맥질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 파열된 대뇌동맥류 및 파열되지 않은 선천성 대뇌동맥류는 보장하지 않습니다.

② “특정뇌동맥질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술

(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“급여 혈관색전수술(동맥류)”의 정의)

이 특약에서 “급여 혈관색전수술(동맥류)”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 (별표 5) “급여 혈관색전수술(동맥류) 분류표”에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다. 다만 “특정뇌동맥질환”에서 정한 질환 이외의 척추혈관, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형에 대해 “급여 혈관색전수술(동맥류)”을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

제5조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(“급여 혈관색전수술(동맥류)”의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 혈관색전수술(동맥류) 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 혈관색전수술(동맥류) 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제4조(“급여 혈관색전수술(동맥류)”의 정의)에도 불구하고 “급여 혈관색전수술(동맥류) 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경

우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금

지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “급여 혈관색전수술(동맥류) 관련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정뇌동맥질환”으로 진단이 확정되고, 그 “특정뇌동맥질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 혈관색전수술(동맥류)”을 받았을 경우 보험수익자에게 약정한 “특정뇌동맥질환 혈관색전수술보험금(급여)”(다만, 연간 1회에 한함) [(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 “급여 혈관색전수술(동맥류)”을 받았을 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로

도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 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 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은

장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금

을 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진료비세부산정내역서, 진료비계산서·영수증, 진단서(병명기입), 장해진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 사망진단서 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최

초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도

해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금

을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조(해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보

험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2.「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
특정뇌동맥질환 혈관색전수술 보험금(급여) (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정뇌동맥질환”으로 진단이 확정되고, 그 “특정뇌동맥질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 혈관색전수술(동맥류)”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

특정뇌동맥질환 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정뇌동맥질환'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
파열되지 않은 대뇌동맥의 박리	I67.0
파열되지 않은 대뇌동맥류	I67.1

※ 파열된 대뇌동맥류 및 파열되지 않은 선천성 대뇌동맥류는 보장하지 않습니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

급여 혈관색전수술(동맥류) 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 혈관색전수술(동맥류)”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-128호, 2025.7.29 시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
혈관색전술	뇌혈관 [척추 포함] - 동맥류 - 보조물지지	M1661
	뇌혈관 [척추 포함] - 동맥류 - 기타의 경우	M1662

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제21조 제4항 관련)

1. 특정뇌동맥질환 혈관색전수술보험금(급여) (제6조)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니

다.

무배당 특정뇌혈관질환진단특약(간편N/갱신형)

약관

이 특약의 약관은 **무배당 특정뇌혈관질환진단특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 특정뇌혈관질환진단특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“특정뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “특정뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “특정뇌혈관질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “특정뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “특정뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정뇌혈관질환”으로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 “특정뇌혈관질환 진단보험금”(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 “특정뇌혈관질환”으로 진단이 확정될 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “특정뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 해당 질병의 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 질병의 진단보험금을 지급합니다.

⑤ 제4항에 의한 진단 확정으로 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에서 정한 바에 따라 특약이 소멸(피보험자의 사망으로 인한 경우를 제외합니다)된 경우에는 제12조(특약의 체결 및

소멸) 제5항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 “특정뇌혈관질환 진단보험금”에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 “사망”의 원인 및 “특정뇌혈관질환 진단보험금” 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 “사망”한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말

합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 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 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 갱신계약의 경우 “특정뇌혈관질환 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “특정뇌혈관질환 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부

규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지

의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금)

제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금

이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법 원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)
① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “특정뇌혈관질환 진단보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

◯ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”
= 감액 전 이미 납입한 보험료 × (감액 후 보험가입금액 / 감액 전 보험가입금액)

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 ‘계약자가 선택한 보험기간’으로 갱신합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 ‘계약자가 선택한 보험기간’ 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최

종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해

지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
특정뇌혈관질환 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정뇌혈관질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. “특정뇌혈관질환”은 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 “특정뇌혈관질환 진단보험금”을 보장하지 않습니다.
4. 갱신계약의 경우 “특정뇌혈관질환 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “특정뇌혈관질환 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판

단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

특정뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 특정뇌혈관질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
거미막하 출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62
뇌경색증	I63
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
모야모야병	I67.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

1. 진단보험금 (제4조) 및 계약자적립액(제12조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항)

적립기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
특정스텐트삽입수술특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 특정스텐트삽입수술특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 특정스텐트삽입수술특약(간편N/갱신형)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니

다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("급여 관상동맥 스텐트삽입수술"의 정의)

① 이 특약에서 "급여 관상동맥 스텐트삽입수술"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 (별표 4) "급여 관상동맥 스텐트삽입수술 분류표"에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다. 다만, 스텐트제거술, 일시적인 스텐트설치 및 스텐트고정술에 해당하는 진료행위코드는 보장에서 제외됩니다.

② 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

③ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

제4조 ("급여 뇌혈관 스텐트삽입수술"의 정의)

① 이 특약에서 "급여 뇌혈관 스텐트삽입수술"이라 함은 병원의 의사의 관리 하에 (별표 5) "급여 뇌혈관 스텐트삽입수술 분류표"에 해당하는 진료행위를 하는 것을 말합니다. 다만, 스텐트 제거술, 일시적인 스텐트설치 및 스텐트고정술에 해당하는 진료행위코드는 보장에서 제외됩니다.

② 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

③ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

제5조 ("급여 대동맥 스텐트삽입수술"의 정의)

① 이 특약에서 "급여 대동맥 스텐트삽입수술"이라 함은 병원의 의사의 관리 하에 (별표 6) "급여 대동맥 스텐트삽입수술 분류표"에 해당하는 진료행위를 하는 것을 말합니다. 다만, 스텐트 제거술, 일시적인 스텐트설치 및 스텐트고정술에 해당하는 진료행위코드는 보장에서 제외됩니다.

② 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

③ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한하여 지급)
   : 관상동맥 스텐트삽입수술보험금(급여)(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술”을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한하여 지급)
   : 뇌혈관 스텐트삽입수술보험금(급여)(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한하여 지급)
   : 대동맥 스텐트삽입수술보험금(급여)(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조

(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”, “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술” 또는 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”을 받았을 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치

료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비세부산정내역서, 장해진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된

전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자 적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 "고지의

무"와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 고지

하는 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을

이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우
   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게

지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙

전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특

약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱

신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있

으며, 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.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
관상동맥 스텐트삽입수술 보험금(급여) (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	100만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)
뇌혈관 스텐트삽입수술 보험금(급여) (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	100만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)
대동맥 스텐트삽입수술 보험금(급여) (제6조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	100만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 수술을 받았을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

3. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

“급여 관상동맥 스텐트삽입수술” 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여,비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2024-23호, 2024.3.1시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
관상동맥	경피적관상동맥스텐트삽입술-단일혈관	M6561
	경피적관상동맥스텐트삽입술-추가혈관	M6562
	경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및 경피적관상동맥죽상반절제술과동시)-단일혈관	M6563
	경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및 경피적관상동맥죽상반절제술과동시)-추가혈관	M6564
	경피적관상동맥스텐트삽입술-급성심근경색증의 원인 병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술[일차적중재술 등]	M6565
	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술	M6566
	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및 경피적관상동맥죽상반절제술과동시)	M6567

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는

변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 5)

“급여 뇌혈관 스텐트삽입수술” 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여,비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2024-23호, 2024.3.1시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
뇌혈관	경피적혈관내금속스텐트삽입술-뇌혈관	M6601
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-경동맥[추골동맥포함]	M6602

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 진료행위 분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

“급여 대동맥 스텐트삽입수술” 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2024-23호, 2024.3.1시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
대동맥	경피적혈관내금속스텐트삽입술-대동맥	M6603
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥]	M6611
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥및장골동	M6612
	경피적 대동맥류내 다층구조 혈류 모듈레이터 삽입술	M6615

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

1. 수술보험금(급여) (제6조) 및 계약자적립액 (제14조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제23조 제1항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
특정스텐트삽입수술특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 특정스텐트삽입수술특약H(간편N)를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 특정스텐트삽입수술특약H(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제15조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("급여 스텐트 삽입수술"의 정의)

① “급여 스텐트삽입수술”에는 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”, “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술” 및 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”이 포함됩니다.

② 이 특약에서 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 (별표 4) "급여 관상동맥 스텐트삽입수술 분류표"에 해당하는 진료행위(「국민건강보

험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다. 다만, 스텐트제거술, 일시적인 스텐트설치 및 스텐트고정술에 해당하는 진료행위코드는 보장에서 제외됩니다.

③ 이 특약에서 “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술”이라 함은 병원의 의사의 관리 하에 (별표 5) "급여 뇌혈관 스텐트삽입수술 분류표"에 해당하는 진료행위를 하는 것을 말합니다. 다만, 스텐트제거술, 일시적인 스텐트설치 및 스텐트고정술에 해당하는 진료행위코드는 보장에서 제외됩니다.

④ 이 특약에서 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”이라 함은 병원의 의사의 관리 하에 (별표 6) "급여 대동맥 스텐트삽입수술 분류표"에 해당하는 진료행위를 하는 것을 말합니다. 다만, 스텐트제거술, 일시적인 스텐트설치 및 스텐트고정술에 해당하는 진료행위코드는 보장에서 제외됩니다.

제4조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제3조("급여 스텐트 삽입수술"의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 스텐트 삽입수술 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 스텐트 삽입수술 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제3조(“급여 스텐트 삽입수술”의 정의)에도 불구하고 “급여 스텐트 삽입수술 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “급여 스텐트 삽입수술 관련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한하여 지급)
   : 관상동맥 스텐트삽입수술보험금(급여)(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술”을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한하여 지급)
   : 뇌혈관 스텐트삽입수술보험금(급여)(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한하여 지급)
   : 대동맥 스텐트삽입수술보험금(급여)(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이

후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제5조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”, “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술” 또는 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”을 받았을 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상

두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 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 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의

의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비세부산정내역서, 진료비계산서·영수증,

진단서(병명기입), 장해진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」, 「계약자가 계약자적립액 수령」 또는 「계약자가 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연

월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제18조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

제15조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제17조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해

지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제20조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료

납입기간으로 봅니다.

③ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
관상동맥 스텐트삽입수술 보험금(급여) (제5조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
뇌혈관 스텐트삽입수술 보험금(급여) (제5조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
대동맥 스텐트삽입수술 보험금(급여) (제5조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

“급여 관상동맥 스텐트삽입수술” 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여,비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-128호, 2025.7.29 시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
관상동맥	경피적관상동맥스텐트삽입술-단일혈관	M6561
	경피적관상동맥스텐트삽입술-추가혈관	M6562
	경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및 경피적관상동맥죽상반절제술과동시)-단일혈관	M6563
	경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및 경피적관상동맥죽상반절제술과동시)-추가혈관	M6564
	경피적관상동맥스텐트삽입술-급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술[일차적중재술 등]	M6565
	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술	M6566
	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및 경피적관상동맥죽상반절제술과동시)	M6567

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는

변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 5)

“급여 뇌혈관 스텐트삽입수술” 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여,비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-128호, 2025.7.29 시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
뇌혈관	경피적혈관내금속스텐트삽입술-뇌혈관	M6601
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-경동맥[추골동맥포함]	M6602

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 진료행위 분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

“급여 대동맥 스텐트삽입수술” 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-128호, 2025.7.29 시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
대동맥	경피적혈관내금속스텐트삽입술-대동맥	M6603
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥]	M6611
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥및장골동	M6612
	경피적 대동맥류내 다층구조 혈류 모듈레이터 삽입술	M6615

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제11조 제5항 및 제20조 제4항 관련)

1. 수술보험금(급여) (제5조) 및 계약자적립액 (제11조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제20조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표

시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
특정스텐트삽입수술특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 특정스텐트삽입수술특약L(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 특정스텐트삽입수술특약L(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간[제15조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("급여 스텐트 삽입수술"의 정의)

① “급여 스텐트삽입수술”에는 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”, “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술” 및 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”이 포함됩니다.

② 이 특약에서 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리 하에 (별표 4) "급여 관상동맥 스텐트삽입수술 분류표"에 해당하는 진료행위(「국민건강보

험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 하는 것을 말합니다. 다만, 스텐트제거술, 일시적인 스텐트설치 및 스텐트고정술에 해당하는 진료행위코드는 보장에서 제외됩니다.

③ 이 특약에서 “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술”이라 함은 병원의 의사의 관리 하에 (별표 5) "급여 뇌혈관 스텐트삽입수술 분류표"에 해당하는 진료행위를 하는 것을 말합니다. 다만, 스텐트제거술, 일시적인 스텐트설치 및 스텐트고정술에 해당하는 진료행위코드는 보장에서 제외됩니다.

④ 이 특약에서 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”이라 함은 병원의 의사의 관리 하에 (별표 6) "급여 대동맥 스텐트삽입수술 분류표"에 해당하는 진료행위를 하는 것을 말합니다. 다만, 스텐트제거술, 일시적인 스텐트설치 및 스텐트고정술에 해당하는 진료행위코드는 보장에서 제외됩니다.

제4조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제3조("급여 스텐트 삽입수술"의 정의)에서 정한 “진료행위”가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “급여 스텐트 삽입수술 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 “급여 스텐트 삽입수술 관련 법령”에 따른 기준을 적용합니다.

② 제3조(“급여 스텐트 삽입수술”의 정의)에도 불구하고 “급여 스텐트 삽입수술 관련 법령” 개정으로 해당 “진료행위”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 제5항 제1호의 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 “진료행위”에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 “급여 스텐트 삽입수술 관련 법령”의 개정으로 “진료행위”가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한하여 지급)
   : 관상동맥 스텐트삽입수술보험금(급여)(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술”을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한하여 지급)
   : 뇌혈관 스텐트삽입수술보험금(급여)(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”을 받았을 경우(다만, 연간 1회에 한하여 지급)
   : 대동맥 스텐트삽입수술보험금(급여)(다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이

후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제5조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”, “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술” 또는 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”을 받았을 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 연간 1회 한도로 보험금을 지급하여 드립니다. “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상

두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 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 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의

의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비세부산정내역서, 진료비계산서·영수증,

진단서(병명기입), 장해진단서, 수술기록지 등 수술확인서(수술명, 수술일자 기입), 사망진단서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」, 「계약자가 계약자적립액 수령」 또는 「계약자가 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 7) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연

월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제18조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험

계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

제15조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납

하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제17조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한

경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제20조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) “보험금을 지급할

때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
관상동맥 스텐트삽입수술 보험금(급여) (제5조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
뇌혈관 스텐트삽입수술 보험금(급여) (제5조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
대동맥 스텐트삽입수술 보험금(급여) (제5조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”을 받았을 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	특약 보험가입금액의 100% (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 “연간”이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

“급여 관상동맥 스텐트삽입수술” 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 관상동맥 스텐트삽입수술”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여,비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-128호, 2025.7.29 시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
관상동맥	경피적관상동맥스텐트삽입술-단일혈관	M6561
	경피적관상동맥스텐트삽입술-추가혈관	M6562
	경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및 경피적관상동맥죽상반절제술과동시)-단일혈관	M6563
	경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및 경피적관상동맥죽상반절제술과동시)-추가혈관	M6564
	경피적관상동맥스텐트삽입술-급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술[일차적중재술 등]	M6565
	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술	M6566
	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및 경피적관상동맥죽상반절제술과동시)	M6567

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는

변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 5)

“급여 뇌혈관 스텐트삽입수술” 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 뇌혈관 스텐트삽입수술”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여,비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-128호, 2025.7.29 시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
뇌혈관	경피적혈관내금속스텐트삽입술-뇌혈관	M6601
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-경동맥[추골동맥포함]	M6602

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 진료행위 분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 6)

“급여 대동맥 스텐트삽입수술” 분류표

① 약관에 규정하는 “급여 대동맥 스텐트삽입수술”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-128호, 2025.7.29 시행)」 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭		진료행위코드
대동맥	경피적혈관내금속스텐트삽입술-대동맥	M6603
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥]	M6611
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥및장골동	M6612
	경피적 대동맥류내 다층구조 혈류 모듈레이터 삽입술	M6615

② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령을 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 기준을 따릅니다.

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제20조 제4항 관련)

1. 수술보험금(급여) (제5조)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제20조 제1항 및 제2항)

기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청 했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표

시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 특정허혈심장질환진단특약(간편N/갱신형)

약관

이 특약의 약관은 **무배당 특정허혈심장질환진단특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 특정허혈심장질환진단특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융

감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“특정허혈심장질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “특정허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표4) “특정허혈심장질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “특정허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에서 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “특정허혈심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거

가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “특정허혈심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정허혈심장질환”으로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 진단보험금(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함) ((별표 1) "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다. (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표((별표3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 “특정허혈심장질환”으로 진단이 확정될 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “특정허혈심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에

는 그 사망일을 해당 질병의 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 질병의 진단보험금을 지급합니다.

⑤ 제4항에 의한 진단 확정으로 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에서 정한 바에 따라 특약이 소멸(피보험자의 사망으로 인한 경우를 제외합니다)된 경우에는 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액(갱신계약의 경우 소멸된 보장계약의 계약자적립액을 말합니다)은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 '사망'의 원인 및 '진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결

정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 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 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해

지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 갱신계약의 경우 “특정허혈심장질환 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “특정허혈심장질환 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나

다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니

다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법 원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우

2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복)) 에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 특정허혈심장질환진단보험금을 계산할 때에 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

감액 이후의 「이미 납입한 보험료」

$$=\text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ 「감액 전 이미 납입한 보험료」는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

제16조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특

약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약

의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
특정허혈심장질환 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정허혈심장질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 갱신계약의 경우 “특정허혈심장질환 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “특정허혈심장질환 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판

단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

특정허혈심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 특정허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
특정허혈심장질환	
1. 불안정협심증	I20.0
2. 연축의 기재가 있는 협심증	I20.1
3, 급성 심근경색증	I21
4. 후속심근경색증	I22
5. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
6. 심근경색증을 유발하지 않은 관상동맥혈전증	I24.0
7. 드레슬러증후군	I24.1

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

1. 진단보험금 (제4조) 및 계약자적립액 (제12조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항)

<table>
<tr><th colspan="2">적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사

표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 표적항암약물허가치료특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 표적항암약물허가치료특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 표적항암약물허가치료특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 3) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 4) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이

특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 또는 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법

에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 또는 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("항암약물치료"의 정의)

이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제5조 ("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료" 의 정의)

① 이 특약에 있어서 “표적항암제”란 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중, 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 “표적항암제”의

범위에서 제외됩니다.

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

[“표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내]
“표적항암제”에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 2월 기준 “표적항암제”에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [(별표5) “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내]에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 [(별표5) “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내]의 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 “표적항암약물허가치료”라 함은 제4조(“항암약물치료”의 정의)에서 정한 “항암약물치료” 중, 병원에서 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 제1항에서 정한 “표적항암제”를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

[“안전성과 유효성 인정 범위” 확인 방법]
• 식품의약품안전처 허가 내 ‘효능효과’ 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(https://nedrug. mfds.go.kr) → 의약품 검색
• 식품의약품안전처 허가 외 ‘효능효과’, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)’ 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) → 의료정보 → 의약품정보 → 암질환사용약제및요법 → 항암화학요법 → 허가초과 항암요법 → 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 “표적항암제” 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되

거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정 되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우에는 보험수익자에게 약정한 표적항암약물허가치료보험금[(별표1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하며, 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

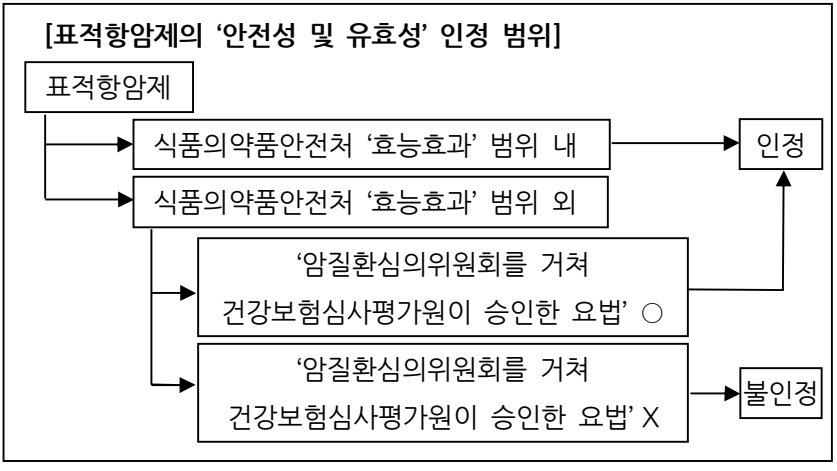
② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 암보장개시일(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가치료보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암

약물허가치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 중 어느 하나에 대하여 표적항암약물허가치료보험금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

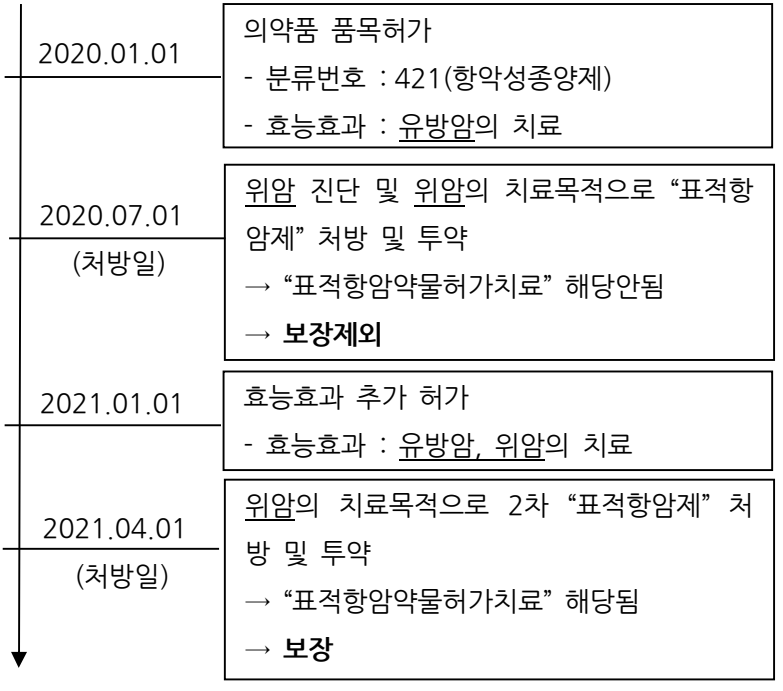
⑤ 제6조(보험금의 지급사유)의 “표적항암약물허가치료보험금”은 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다.



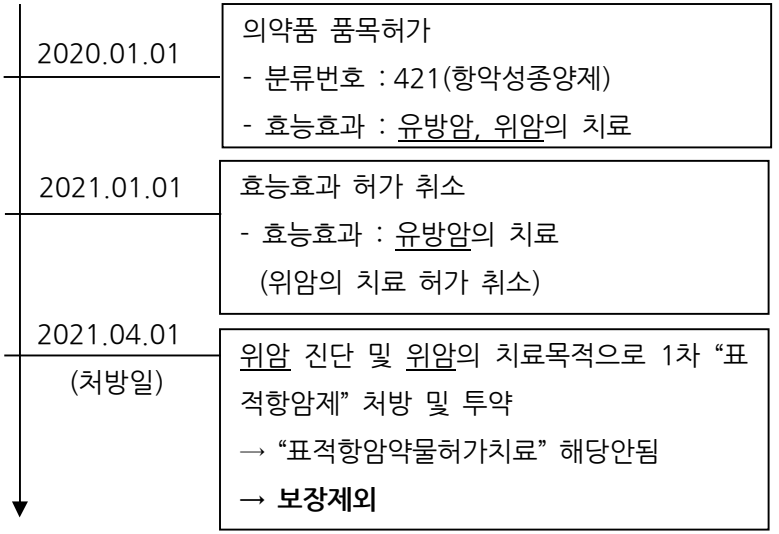
⑥ 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 “표적항암약물허가치료를 받은 경우”라 함은 “표적항암제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위”

적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

[“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(추가) 예시
: 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가]



[“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(삭제) 예시
: 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소]



⑦ 갱신계약의 경우 “표적항암약물허가치료보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “표적항암약물허가치료보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10

년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라

장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)
   (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
   ㄱ. 진단명
   ㄴ. 투약한 약제의 제품명
   ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
   ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법’ 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비계산서·영수증
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서,

본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

5. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라

하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을

이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제

23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우에는 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신) 제2항에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 [“최초계약의 계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정되어 있는 경우.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회

사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 표적항암약물허가치료보험금을 계산할 때에 적용하는 "이미 납입한 보험료"는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

감액 이후의 「이미 납입한 보험료」

$$=\text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ 「감액 전 이미 납입한 보험료」는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 5년 만기(2형의 경우 10년 만기) 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년(2형의 경우 10년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을

계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율

이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다. 그러나 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 이 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20

조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약

환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
표적항암약물허가치료보험금 (제6조)	피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우(다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원 (최초계약의 계약일부터 2년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)일의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날입니다.
4. 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 또는 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 표적항암약물허가치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 중 어느 하나에 대하여 표적항암약물허가치료보험금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

5. “표적항암약물허가치료보험금”은 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다.
6. “표적항암약물허가치료를 받은 경우”라 함은 “표적항암제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
7. 갱신계약의 경우 “표적항암약물허가치료보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “표적항암약물허가치료보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3

분류항목	분류코드
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(C44) 및 갑상선의 악성 신생물(C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단

합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

“표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내

아래 “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명은 2023년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당내용이 변동 될 수 있습니다.
아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “표적항암제” 해당 여부는 반드시 전문 의료인의 자문을 통해 확인 하시기 바랍니다. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

[의약품과 성분명]

- 성분명은 ‘효능·효과를 발현시키는 물질의 명칭’을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “표적항암제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아베마시클립 Abemaciclib	버제니오정 50 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 100 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 150 밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정 200 밀리그램(아베마시클립)
2	아칼라브루티닙 Acalabrutinib	칼퀀스캡슐 100 밀리그램(아칼라브루티닙)
3	아파티닙이말레산염 Afatinib Dimaleate	지오트립정 20 밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정 30 밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정 40 밀리그램(아파티닙이말레산염)

4	애플리버셉트 Aflibercept	잘트랩주 25mg/mL(애플리버셉트)
5	알렉티닙염산염 (미분화) Alectinib Hydrochloride Micronized	알레센자캡슐 150 밀리그램(알렉티닙염산염)
6	알펠리십 Alpelisib	피크레이정 50 밀리그램(알펠리십)
		피크레이정 150 밀리그램(알펠리십)
		피크레이정 200 밀리그램(알펠리십)
7	아미반타맙 Amivantamab	리브리반트주(아미반타맙)
8	레날리도마이드무수물 Anhydrous Lenalidomide	레날리드정(레날리도마이드)
9	애시미닙염산염 Asciminib Hydrochloride	셈블릭스정 20 밀리그램(애시미닙염산염)
		셈블릭스정 40 밀리그램(애시미닙염산염)
10	아테졸리주맙 Atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
11	아벨루맙 Avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
12	엑시티닙 Axitinib	인라이타정 1 밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정 5 밀리그램(엑시티닙)
13	벨주티판 Belzutifan	웰리렉정(벨주티판)
14	베바시주맙 Bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
		온베브지주(베바시주맙)
		자이라베브주(베바시주맙)

		아림시스주(베바시주맙)
		베그젤마주(베바시주맙)(단클론항체,유전자재조합)
15	블리나투모맙 Blinatumomab	블린사이토주 35 마이크로그램(블리나투모맙, 유전자재조합)
16	보르테조밉일수화물 Bortezomib Monohydrate	화이자보르테조밉주 3.5 밀리그램(보르테조밉일수화물)
17	보르테조밉삼합체 Bortezomib Trimer	벨케이드주(보르테조밉삼합체)
		테조벨주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주(보르테조밉삼합체)
		벨킨주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		보테벨주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨킨주 2.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주 3.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주 1 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주 2.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주 2.5 밀리그램(보르테조밉삼합체)
18	보수티닙일수화물 Bosutinib Monohydrate	보술리프정 100 밀리그램(보수티닙일수화물)
		보술리프정 400 밀리그램(보수티닙일수화물)
		보술리프정 500 밀리그램(보수티닙일수화물)
19	브렌툭시맙베도틴 Brentuximab Vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
20	브리가티닙 Brigatinib	알룬브릭정 30 밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정 90 밀리그램(브리가티닙)

		알룬브릭정 180 밀리그램(브리가티닙)
21	카보잔티닙(S)-말산염 Cabozantinib (S)-malate	카보메틱스정 60 밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정 40 밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정 20 밀리그램(카보잔티닙)
22	카프마티닙염산염일수화물 Capmatinib Hydrochloride Hydrate	타브렉타정 150 밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
		타브렉타정 200 밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
23	카르필조밉 Carfilzomib	키프롤리스주 60 밀리그램(카르필조밉)
		키프롤리스주 30 밀리그램(카르필조밉)
24	세미플리맙 Cemiplimab	리브타요주(세미플리맙)
25	세리티닙 Ceritinib	자이카디아캡슐 150 밀리그램(세리티닙)
26	세툭시맙 Cetuximab	얼비툭스주 5mg/mL (세툭시맙)
27	실타캅타젠오토류셀 Ciltacaptagene Autoleucel	카빅티주(실타캅타젠오토류셀)
28	크리조티닙 Crizotinib	잴코리캡슐 200 밀리그램(크리조티닙)
		잴코리캡슐 250 밀리그램(크리조티닙)
29	다브라페닙메실산염(미분화) Dabrafenib Mesylate Micronized	라핀나캡슐 50 밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐 75 밀리그램(다브라페닙메실산염)
30	다코미티닙수화물 Dacomitinib Hydrate	비짐프로정 15 밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정 45 밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정 30 밀리그램(다코미티닙수화물)
31	다라투무맙	다잘렉스주(다라투무맙)

	Daratumumab	다잘렉스피하주사(다라투무맙)
32	다사티닙 Dasatinib	스프라이셀정 70 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 50 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 20 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 100 밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정 80 밀리그램(다사티닙)
33	도스탈리맙 Dostarlimab	젬퍼리주(도스탈리맙)
34	더발루맙 Durvalumab	임핀지주(더발루맙)
35	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐 75 밀리그램(엔코라페닙)
36	엔포투맙베도틴 Enfortumab Vedotin	파드셉주 20 밀리그램(엔포투맙베도틴)
		파드셉주 30 밀리그램(엔포투맙베도틴)
37	엔트렉티닙 Entrectinib	로즐리트렉캡슐 100 밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐 200 밀리그램(엔트렉티닙)
38	얼다피티닙 Erdafitinib	발베사정 3 밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정 4 밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정 5 밀리그램(얼다피티닙)
39	엘로티닙염산염 Erlotinib Hydrochloride	타쎄바정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정 25 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)
		엘로쎄타정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)

		엘티닙정 150 밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정 100 밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 25mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 100mg(엘로티닙염산염)
40	에베로리무스 Everolimus	아피니토정 10 밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정 5 밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정 2.5 밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정 10mg(에베로리무스)
		에리니토정 5 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 2.5 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 5 밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정 10 밀리그램(에베로리무스)
41	페드라티닙염산염수화물(미분화) Fedratinib dihydrochloride monohydrate	인레빅캡슐(페드라티닙염산염수화물)
42	게피티니브 Gefitinib	이레사정(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		스펙사정 250 밀리그램(게피티니브)
		레피사정(게피티니브)
		제피티닙정 250 밀리그램(게피티니브)
		이레티닙정 250 밀리그램(게피티니브)
43	겜투주맙오조가마이신 Gemtuzumab Ozogamicin	마일로탁주 4.5 밀리그램(겜투주맙오조가마이신)

44	길테리티닙푸마르산염 Gilteritinib fumarate	조스파타정 40 밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
45	이브루티닙 Ibrutinib	임브루비카캡슐 140 밀리그램(이브루티닙)
46	이매티닙메실산염 Imatinib Mesylate	글리벡필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정 100 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 200 밀리그램(이매티닙메실산염)
		글로팁정 400 밀리그램(이매티닙메실산염)

		글리티브필름코팅정 300 밀리그램(이매티닙메실산염)
47	이노투주맙오조가마이신 Inotuzumab Ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
48	이필리무맙 Ipilimumab	여보이주 200 밀리그램/40 밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)
		여보이주 50 밀리그램/10 밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)
49	이사툭시맙 ISATUXIMAB/ISATUXIMAB	살클리사주(이사툭시맙)
50	익사조밉시트레이트 Ixazomib Citrate	닌라로캡슐 2.3 밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐 3 밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐 4 밀리그램(익사조밉시트레이트)
51	라파티닙 디토실레이트 Lapatinib Ditosylate Monohydrate	타이커브정 250 밀리그램(라파티닙디토실레이트)
52	라로트렉티닙황산염 Larotrectinib sulfate	비트락비캡슐 25 밀리그램(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐 100 밀리그램(라로트렉티닙황산염)
		비트락비액(라로트렉티닙황산염)
53	레이저티닙메실산염일수화물 Lazertinib Mesylate Monohydrate	렉라자정 80 밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)

54	레날리도마이드 Lenalidomide	레날도캡슐 5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 25mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 10mg(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드)
55	레날리도마이드반수화물 Lenalidomide Hemihydrate	레블리미드캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 2.5 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드)
56	레날리도마이드수화물 Lenalidomide Hydrate	레블리미드캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 2.5 밀리그램(레날리도마이드)
57	렌바티닙메실산염 Lenvatinib Mesylate	렌비마캡슐 10 밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐 4 밀리그램(렌바티닙메실산염)
58	롤라티닙 Lorlatinib	로비큐아정 25 밀리그램(롤라티닙)
		로비큐아정 100 밀리그램(롤라티닙)

59	미도스타우린 Midostaurin	라이답연질캡슐 25 밀리그램(미도스타우린)
60	모보서티닙숙신산염 Mobocertinib Succinate	엑스키비티캡슐 40 밀리그램(모보서티닙숙신산염)
61	모가물리주맙 Mogamulizumab	포텔리지오주 20 밀리그램(모가물리주맙)
62	네라티닙말레산염 Neratinib Maleate	너링스정(네라티닙말레산염)
63	닐로티닙염산염일수화물 Nilotinib Hydrochrloride Monohydrate	타시그나캡슐 200 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐 150 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐 50 밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
64	니라파립토실산염일수화물 Niraparib Tosylate Monohydrate	제줄라캡슐 100 밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
65	니볼루맙(유전자재조합) Nivolumab (rDNA)	옵디보주 100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주 20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주 240mg(니볼루맙,유전자재조합)
66	오비누투주맙 Obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙, 유전자재조합)
67	올라파립 Olaparib	린파자캡슐 50 밀리그램(올라파립)
		린파자정 150 밀리그램(올라파립)

		린파자정 100 밀리그램(올라파립)
68	오시머티닙메실산염 Osimertinib Mesylate	타그리소정 40 밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정 80 밀리그램(오시머티닙메실산염)
69	팔보시클립 Palbociclib	입랜스캡슐 75mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐 125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐 100mg(팔보시클립)
		입랜스정 75 밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정 125 밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정 100 밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐 75 밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐 100 밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐 125 밀리그램(팔보시클립)
70	파조파닙염산염 Pazopanib Hydrochloride	보트리엔트정 400 밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정 200 밀리그램(파조파닙염산염)
71	펨브롤리주맙 Pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
72	페미가티닙 Pemigatinib	페마자이레정 13.5 밀리그램(페미가티닙)
		페마자이레정 9 밀리그램(페미가티닙)
		페마자이레정 4.5 밀리그램(페미가티닙)
73	퍼투주맙 Pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
74	퍼투주맙,트라스투주맙 Pertuzumab/Trastuzumab	페스코피하주사 600/600 밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
		페스코피하주사 1200/600 밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)

75	폴라투주맙 베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주(폴라투주맙베도틴)
76	포말리도마이드 Pomalidomide	포말리스트캡슐 4 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 3 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 2 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 1 밀리그램(포말리도마이드)
77	포나티닙 염산염 Ponatinib Hydrochloride	아이클루시그정 15 밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정 45 밀리그램(포나티닙염산염)
78	프랄세티닙분무건조분산체 Pralsetinib Spray Dried Dispersion	가브레토캡슐 100 밀리그램(프랄세티닙)
79	라도티닙염산염 Radotinib Hydrochloride	슈펙트캡슐 200 밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐 100 밀리그램(라도티닙염산염)
80	라무시루맙 Ramucirumab	사이람자주 10 밀리그램/밀리리터(라무시루맙,유전자재조합)
81	레고라페닙일수화물 Regorafenib Monohydrate	스티바가정 40 밀리그램(레고라페닙)
82	리보시클립숙신산염 Ribociclib succinate	키스칼리정 200 밀리그램(리보시클립숙신산염)
83	리툭시맙 Rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
84	룩소리티닙인산염	자카비정 20 밀리그램(룩소리티닙인산염)

	Ruxolitinib Phosphate	자카비정 15 밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정 5 밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정 10 밀리그램(룩소리티닙인산염)
85	사시투주맙고비테칸 sacituzumab govitecan	트로델비주(사시투주맙고비테칸)
86	셀리넥서 Selinexor	엑스포비오정 20 밀리그램(셀리넥서)
87	셀퍼카티닙 Selpercatinib	레테브모캡슐 80 밀리그램(셀퍼카티닙)
		레테브모캡슐 40 밀리그램(셀퍼카티닙)
88	실툭시맙 (단클론항체, 유전자재조합) Siltuximab (Monoclonal Antibody, rDNA)	실반트주 100 밀리그램(실툭시맙, 유전자재조합)
		실반트주 400 밀리그램(실툭시맙, 유전자재조합)
89	소라페닙토실레이트(미분화) Sorafenib Tosylate Micronized	넥사바정 200 밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
		소라닙정 200 밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
90	소토라십 Sotorasib	루마크라스정 120 밀리그램(소토라십)
91	수니티닙말산염 Sunitinib Malate	수텐캡슐 12.5 밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐 25 밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐 50 밀리그램(수니티닙말산염)
92	타파시타맙 Tafasitamab	민쥬비주(타파시타맙)
93	탈라조파립토실산염 Talazoparib Tosylate	탈제나캡슐 1 밀리그램(탈라조파립토실산염)
		탈제나캡슐 0.25 밀리그램(탈라조파립토실산염)

94	테클리스타맙 Teclistamab	텍베일리주 153mg(테클리스타맙)
		텍베일리주 30mg(테클리스타맙)
95	템시롤리무스 Temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
96	테포티닙염산염수화물 Tepotinib hydrochloride hydrate	텝메코정 225 밀리그램(테포티닙염산염수화물)
97	탈리도마이드 Thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐 50 밀리그램
		탈리그로브캡슐 50 밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐 100 밀리그램(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐 50mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐 100mg(탈리도마이드)
98	티라브루티닙염산염 Tirabrutinib hydrochloride	베렉스브루정 80 밀리그램(티라브루티닙염산염)
99	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)
100	트라메티닙디메틸설폭시드(미분화) Trametinib Dimethyl Sulfoxide Micronized	매큐셀정 0.5 밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정 2 밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
101	트라스투주맙 Trastuzumab	허셉틴주 150 밀리그램(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허쥬마주 150mg(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		허쥬마주 440mg(트라스투주맙)(단클론항체,

		유전자재조합)
		허셉틴주 440 밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사 600 밀리그램(트라스투주맙)
		삼페넷주 150 밀리그램(트라스투주맙)
		오기브리주 150 밀리그램(트라스투주맙)
		삼페넷주 440 밀리그램(트라스투주맙)
		투젭타주 150 밀리그램(트라스투주맙)
		투젭타주 440 밀리그램(트라스투주맙)
102	트라스투주맙데룩스테칸 Trastuzumab deruxtecan	엔허투주 100mg(트라스투주맙데룩스테칸)
103	트라스투주맙엠탄신 Trastuzumab Emtansine	캐싸일라주 100 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주 160 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
104	트레멜리무맙 Tremelimumab/Tremelimumab	이뮤도주(트레멜리무맙)
105	반데타닙 Vandetanib	카프렐사정 100 밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정 300 밀리그램(반데타닙)
106	베무라페닙고체분산체 Vemurafenib Solid Dispersions	젤보라프정 240 밀리그램(베무라페닙)
107	베네토클락스 Venetoclax	벤클렉스타정 100 밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정 10 밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정 50 밀리그램(베네토클락스)
108	자누브루티닙	브루킨사캡슐 80 밀리그램(자누브루티닙)

	Zanubrutinib	

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
치료보험금 (제6조) 및 계약자적립액 (제14조 제5항)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율 의50% - 1년초과기간 : 평균공시이율 의40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포

함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 항암방사선약물치료특약(간편N/갱신형)

약 관

이 특약의 약관은 **무배당 항암방사선약물치료특약(간편N/갱신형)** 을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 항암방사선약물치료특약(간편N/갱신형)
약 관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제18조(특약의 보험기간 및 갱신) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특

약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

5. 보험료 납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료: 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“일반암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “일반암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조(“소액암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 제외합니다.

② 일반암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 ‘일반암’의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘일반암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“소액암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “소액암”이라 함은 다음 각호의 규정에 해당하는 “기타피부암” 및 “갑상선암” 을 말합니다.

1. “기타피부암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
2. “갑상선암”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② 소액암의 진단확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 ‘소액암’의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘소액암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.(이하 “항암방사선치료”라 합니다)

② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는

약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.(이하 “항암약물치료”라 합니다)

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금 [(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 “일반암”에 대한 보장개시일 (이하 “일반암 보장개시일”이라 합니다) 이후에 일반암으로 진단이 확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우 또는 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단이 확정되고 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우(다만, 최초 1회의 치료에 한함)
   : 항암방사선치료비
   (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 일반암 보장개시일 이후에 일반암으로 진단이 확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우 또는 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단이 확정되고 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우(다만, 최초 1회의 치료에 한함)
   : 항암약물치료비
   (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

※ 갱신계약의 경우, 제1호 및 제2호의 보험금은 각 해당 치료의

보장계약에 한하여 보장합니다.

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 최초계약의 보험계약일부터 1년미만에 제6조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을

결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제

3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 갱신계약의 경우 [항암방사선치료 보장계약]에서 “항암방사선치료비”가 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “항암방사선치료비”로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

⑯ 갱신계약의 경우 [항암약물치료 보장계약]에서 “항암약물치료비”가 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “항암약물치료비”로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생

하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 입퇴원확인서, 통원확인서, 진료기록부(검사기록지 포함), 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약

으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우 이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

   다만, 갱신계약 중 각각의 보장계약에서 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보장계약에 한하여 그 때부터 효력을 가

지지 않습니다.

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가

납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제18조(특약의 보험기간 및 갱신) 제2항에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제21조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 “최초계약의 계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”부터 일반암 보장개시일의 전일 이전에 제3조(“일반암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 일반암으로 진단이 확정되어 있는 경우

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초

가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “항암방사선치료비” 또는 “항암약물치료비”를 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료” $= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$ ㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에 따라 이 특약을 갱신하는 경우 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 [항암방사선치료 보장계약], [항암약물치료 보장계약]으로 나뉘어 갱신됩니다. 이 경우 갱신계약의 각각의 보장계약을 합하여 하나의 특약으로 봅니다(갱신계약 중 각각의 보장계약에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 해당 보장계약은 제외). 다만, 갱신 전 계약에서 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 [항암방사선치료 보장계약] 또는 [항암약물치료 보장계약]을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 제3조(“일반암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “일반암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항 및 제6항의 규정을 따릅니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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

■ 최초계약

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급내용
항암방사선치료비 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 일반암 보장개시일 이후에 일반암으로 진단이 확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우 또는 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단이 확정되고 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우 (다만, 최초 1회의 치료에 한함)	100만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)
항암약물치료비 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 일반암 보장개시일 이후에 일반암으로 진단이 확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우 또는 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단이 확정되고 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우 (다만, 최초 1회의 치료에 한함)	100만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 제2호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기

간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

4. 이 특약의 일반암 보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)일의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날 입니다.

■ 갱신계약

※ 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 [항암방사선치료 보장계약], [항암약물치료 보장계약]으로 나뉘어 갱신됩니다. 이 경우 갱신계약의 각각의 보장계약을 합하여 하나의 특약으로 봅니다.(갱신계약 중 각각의 보장계약에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 해당 보장계약은 제외하며, 제16조(특약의 무효) 제2호에 따라 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 일반암 보장개시일 전일 이전에 일반암으로 진단이 확정된 경우 이 특약은 무효로 합니다)

다만, 갱신 전 계약에서 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 [항암방사선치료 보장계약] 또는 [항암약물치료 보장계약]을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

[항암방사선치료 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급내용
항암방사선치료비 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 일반암 보장개시일 이후에 일반암으로 진단이 확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우 또는 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단이 확정되고 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우(다만, 최초 1회의 치료에 한함)	100만원

[항암약물치료 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급내용
항암약물치료비 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 일반암 보장개시일 이후에 일반암으로 진단이 확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우 또는 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단이 확정되고 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우(다만, 최초 1회의 치료에 한함)	100만원

(주)

1. 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 제2호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제18조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 이 특약의 일반암 보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)일의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날 입니다.
5. [항암방사선치료 보장계약]에서 “항암방사선치료비”가 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “항암방사선치료비”로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.
6. [항암약물치료 보장계약]에서 “항암약물치료비”가 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “항암약물치료비”로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(C44) 및 갑상선의 악성 신생물(C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제5항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
치료비(제6조) 및 계약자적립액 (제14조 제5항)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 항암방사선치료특약H(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 무배당 항암방사선치료특약H(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 항암방사선치료특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지

되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“일반암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “일반암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조(“소액암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 제외합니다.

② 일반암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직

(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 일반암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 일반암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("소액암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "소액암"이라 함은 다음 각호의 규정에 해당하는 "기타피부암" 및 "갑상선암" 을 말합니다.

1. "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
2. "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② 기타피부암의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 기타피부암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 갑상선암의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소

견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 갑상선암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제2항 및 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("항암방사선치료"의 정의)

이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "일반암"에 대한 보장개시일(이하 "일반암 보장개시일"이라 합니다) 이후에 일반암으로 진단확정되고, 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우 또는 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 "항암방사선치료보험

금”[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 최초 1회의 치료에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 1년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을

결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자

를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부

규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 항암방사선치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해

지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 일반암 보장개시일의 전일 이전에 제3조("일반암"의 정의 및 진단확정) 제1

항에서 정한 일반암으로 진단이 확정되어 있는 경우

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료

납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(“일반암”의 정의 및 진단확정)의 제1항에서 정한 “일반암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “일반암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를

납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
항암방사선치료보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 일반암 보장개시일 이후에 일반암으로 진단확정되고, 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우 또는 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우(다만, 최초 1회의 치료에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초 1회의 치료에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약의 일반암 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호,

2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제4항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
항암방사선치료보험금(제6조) 및 계약자적립액 (제12조 제5항)	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%)
해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 항암방사선치료특약L(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 무배당 항암방사선치료특약L(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 항암방사선치료특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지

되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“일반암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “일반암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조(“소액암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 제외합니다.

② 일반암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직

(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 일반암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 일반암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("소액암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "소액암"이라 함은 다음 각호의 규정에 해당하는 "기타피부암" 및 "갑상선암" 을 말합니다.

1. "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
2. "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② 기타피부암의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 기타피부암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 갑상선암의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소

견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 갑상선암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제2항 및 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("항암방사선치료"의 정의)

이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "일반암"에 대한 보장개시일(이하 "일반암 보장개시일"이라 합니다) 이후에 일반암으로 진단확정되고, 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우 또는 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 "항암방사선치료보험

금”[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 최초 1회의 치료에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 1년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을

결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자

를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부

규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 항암방사선치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간

에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가

발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 일반암 보장개시일의 전일 이전에 제3조(“일반암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 일반암으로 진단이 확정되어 있는 경우

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환

급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개

시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(“일반암”의 정의 및 진단확정)의 제1항에서 정한 “일반암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “일반암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영

업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
항암방사선치료보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 일반암 보장개시일 이후에 일반암으로 진단확정되고, 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우 또는 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우(다만, 최초 1회의 치료에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초 1회의 치료에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 일반암 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호,

2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제21조 제4항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
항암방사선치료보험금(제6조)	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%)
해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 항암세기조절방사선치료특약(간편N/갱신형)

약 관

이 특약의 약관은 무배당 항암세기조절방사선치료특약(간편N/갱신형)를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 항암세기조절방사선치료특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융

감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 또는 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)

에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 또는 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현

미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '갑상선암'의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("항암방사선치료" 및 "항암세기조절방사선치료"의 정의)

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 "항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)"라 함은 제1항에서 정한 "항암방사선치료" 중 "세기조절방사선치료법(방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료)"을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암세기조절방사선치료”를 받은 경우에는 보험수익자에게 약정한 항암세기조절방사선치료보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 최초 1회의 치료에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유에 해당되는 “항암세기조절방사선치료”를 받은 경우에는 50% 감액 지급합니다.)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 갱신계약의 경우 “항암세기조절방사선치료보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “항암세기조절방사선치료

보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

④ 피보험자가 암보장개시일(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

⑤ 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암세기조절방사선치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 중 어느 하나에 대하여 항암세기조절방사선치료보험금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그

중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지

못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금,

계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 항암방사선치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단

계약의 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문

서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

4. 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망

이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」(이하 "산출방법서"라 합니다)에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

> **[계약자적립액]**
> 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하

며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각

각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 [“최초계약의 계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “항암세기조절방사선치료보험금”을 계산할 때에 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의

보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다. 그러나 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도

해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차

감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까

지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
항암세기조절방사선치료보험금 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암세기조절방사선치료”를 받은 경우 (다만, 최초 1회의 치료에 한함)	[1년이상] 1,000만원 [1년미만] 500만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활[효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
3. 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 또는 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암세기조절방사선치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상

선암” 중 어느 하나에 대하여 항암세기조절방사선치료보험금을 최초 1회의 치료에 한하여 지급합니다.

4. 위의 보험금 지급기준표의 내용 중 "1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)"의 보험금 감액 지급과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
5. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
6. 제1호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
7. 갱신계약의 경우 “항암세기조절방사선치료보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “항암세기조절방사선치료보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 재해의 해당여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위 ‘1. 보장대상이 되는 재해’ ②에 해당하는 감염병은 ‘2. 보험금을 지급하지 않는 재해’ ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3

분류항목	분류코드
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(C44) 및 갑상선의 악성 신생물(C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 항암세기조절방사선치료보험금(제5조), 계약자적립액(제13조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금(제22조 제1항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 항암약물치료특약H(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 무배당 항암약물치료특약H(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 항암약물치료특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지

되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“일반암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “일반암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조(“소액암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 제외합니다.

② 일반암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle

aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 일반암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 일반암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("소액암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "소액암"이라 함은 다음 각호의 규정에 해당하는 "기타피부암" 및 "갑상선암" 을 말합니다.

1. "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
2. "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② 기타피부암의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 기타피부암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 갑상선암의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소

견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 갑상선암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제2항 및 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("항암약물치료"의 정의)

이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "일반암"에 대한 보장개시일(이하 "일반암 보장개시일"이라 합니다) 이후에 일반암으로 진단확정되고, 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료"를 받은 경우 또는 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단

확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 “항암약물치료보험금”[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 최초 1회의 치료에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 1년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이

10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 항암약물치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험

금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으

로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이

지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅

니다.

2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 일반암 보장개시일의 전일 이전에 제3조(“일반암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 일반암으로 진단이 확정되어 있는 경우

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(“일반암”의 정의 및 진단확정)의 제1항에서 정한 “일반암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정

한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력

회복)일로 합니다. 다만, “일반암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이

후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
항암약물치료보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 일반암 보장개시일 이후에 일반암으로 진단확정되고, 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우 또는 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우(다만, 최초 1회의 치료에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초 1회의 치료에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 이 특약의 일반암 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호,

2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제4항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
항암약물치료보험금(제6조) 및 계약자적립액 (제12조 제5항)	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%)
해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 항암약물치료특약L(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 무배당 항암약물치료특약L(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 항암약물치료특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간[제16조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
   ○ 일반형 특약
   이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지

되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“일반암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “일반암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제4조(“소액암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 제외합니다.

② 일반암의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle

aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 일반암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 일반암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("소액암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "소액암"이라 함은 다음 각호의 규정에 해당하는 "기타피부암" 및 "갑상선암" 을 말합니다.

1. "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
2. "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

② 기타피부암의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 기타피부암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 갑상선암의 진단확정은 병원의 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소

견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 갑상선암의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제2항 및 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 ("항암약물치료"의 정의)

이 특약에서 "항암약물치료"라 함은 병원의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제6조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 "일반암"에 대한 보장개시일(이하 "일반암 보장개시일"이라 합니다) 이후에 일반암으로 진단확정되고, 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료"를 받은 경우 또는 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단

확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 “항암약물치료보험금”[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 최초 1회의 치료에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 1년 미만에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이

10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 항암약물치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요

한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이

외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제19조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 일반암 보장개시일의 전일 이전에 제3조(“일반암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 일반암으로 진단이 확정되어 있는 경우

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의

보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조(“일반암”의 정의 및 진단확정)의 제1항에서 정한 “일반암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한

경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “일반암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항 및 제2항에

따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

> **[해약환급금 관련 유의사항]**
> 1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
> 2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과

동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
항암약물치료보험금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 일반암 보장개시일 이후에 일반암으로 진단확정되고, 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우 또는 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단확정되고, 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우(다만, 최초 1회의 치료에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초 1회의 치료에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 일반암 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호,

2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

분류항목	분류코드
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제21조 제4항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
항암약물치료보험금(제6조)	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%)
해약환급금 (제21조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의 50% - 1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 항암양성자방사선치료특약(간편N/갱신형)

약 관

이 특약의 약관은 무배당 항암양성자방사선치료특약(간편N/갱신형)를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 항암양성자방사선치료특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융

감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암”, “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서

규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 또는 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직

(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '갑상선암'의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("항암방사선치료" 및 "항암양성자방사선치료"의 정의)

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 "항암양성자방사선치료"라 함은 제1항에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 수소원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암양성자방사선치료”를 받은 경우에는 보험수익자에게 약정한 항암양성자방사선치료보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조)]을 지급합니다. (다만, 최초 1회의 치료에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유에 해당되는 “항암양성자방사선치료”를 받은 경우에는 50% 감액 지급합니다.)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 갱신계약의 경우 “항암양성자방사선치료보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도

불구하고 이미 납입한 보험료를 “항암양성자방사선치료보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

④ 피보험자가 암보장개시일(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

⑤ 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암양성자방사선치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 중 어느 하나에 대하여 항암양성자방사선치료보험금을 최초 1회의 치료에 한하여 지급합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상

두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 항암방사선치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신

되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입

이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
4. 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로

써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」(이하 “산출방법서”라 합니다)에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계액자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 [“최초계약의 계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항

에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “항암양성자방사선치료보험금”을 계산할 때에 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “항암양성자방사선치료보험금”을 계산할 때에 적용하는 “이미 납입

한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다. 그러나 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도

해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는

해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할

때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
항암양성자방사선치료보험금 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암양성자방사선치료”를 받은 경우 (다만, 최초 1회의 치료에 한함)	[1년이상] 1,000만원 [1년미만] 500만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
3. 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 또는 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암양성자방사선치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선

암” 중 어느 하나에 대하여 항암양성자방사선치료보험금을 최초 1회의 치료에 한하여 지급합니다.

4. 위의 보험금 지급기준표의 내용 중 "1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)"의 보험금 감액 지급과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
5. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
6. 제1호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
7. 갱신계약의 경우 “항암양성자방사선치료보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “항암양성자방사선치료보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 재해의 해당여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위 ‘1. 보장대상이 되는 재해’ ②에 해당하는 감염병은 ‘2. 보험금을 지급하지 않는 재해’ ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3

분류항목	분류코드
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 항암양성자방사선치료보험금(제5조), 계약자적립액(제13조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금(제22조 제1항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 항암정위적방사선치료특약(간편N/갱신형)

약 관

이 특약의 약관은 무배당 항암정위적방사선치료특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 항암정위적방사선치료특약(간편N/갱신형)

약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]

C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 “병원”의 의료법 제5조(의사·치과의

사 및 한의사 면허)에서 규정한 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“항암방사선치료” 및 “항암정위적방사선치료”의 정의)

① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 “병원”에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 “항암정위적방사선치료”라 함은 제1항에서 정한 “항암방사선치료” 중, 최첨단 특수장비(선형가속기, 사이버나이프, 감마나이프 등)가 발생시키는 방사선을 이용하여 두개강 내 및 두경부 내의 병소치료 시 두개골을 잘라내지 않고

매우 정확하게 정위적(입체적)으로 파괴시키는 비침습적인 치료방법과 뇌 이외의 체부 병변에 다수에 걸쳐 한번에 많은 방사선을 조사하는 치료방법을 말합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암정위적방사선치료”를 받은 경우에는 보험수익자에게 약정한 항암정위적방사선치료보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 최초 1회의 치료에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유에 해당되는 “항암정위적방사선치료”를 받은 경우에는 50% 감액 지급합니다.)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 갱신계약의 경우 “항암정위적방사선치료보험금”은 “항암정위적방사선치료보험금”과 이미 납입한 보험료(다만, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다) 중 큰 금액을 “항암정위적방사선치료보험금”으로 지급합니다.

④ 피보험자가 암보장개시일(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

⑤ 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암정위적방사선치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 중 어느 하나에 대하여 항암정위적방사선치료보험금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회

사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 항암방사선치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 “병원”에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립

이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시

알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보

험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
4. 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」(이하 "산출방법서"라 합니다)에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이

지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅

니다.

2. 피보험자가 [“최초계약의 계약일” 또는 “최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “항암정위적방사선치료보험금”을 계산할 때에 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”
= 감액 전 이미 납입한 보험료 × 감액 후 보험가입금액 / 감액 전 보험가입금액

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의

보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다. 그러나 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도

해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(단, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차

감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암보장개시일”은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
항암정위적방사선 치료보험금 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암정위적방사선치료”를 받은 경우 (다만, 최초 1회의 치료에 한함)	[1년이상] 500만원 [1년미만] 250만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활[효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
3. 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 또는 “갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암정위적방사선치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선

암” 중 어느 하나에 대하여 항암정위적방사선치료보험금을 최초 1회의 치료에 한하여 지급합니다.

4. 위의 보험금 지급기준표의 내용 중 "1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)"의 보험금 감액 지급과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
5. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
6. 제1호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
7. 갱신계약의 경우 “항암정위적방사선치료보험금”은 “항암정위적방사선치료보험금”과 이미 납입한 보험료(다만, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다) 중 큰 금액을 “항암정위적방사선치료보험금”으로 지급합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 재해의 해당여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자가 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위 ‘1. 보장대상이 되는 재해’ ②에 해당하는 감염병은 ‘2. 보험금을 지급하지

않는 재해’⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3

분류항목	분류코드
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

1. 항암정위적방사선치료보험금(제5조), 계약자적립액(제13조 제5항)

기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금(제22조 제1항)

<table>
<tr><th>기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기

간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
항암중입자방사선치료특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 항암중입자방사선치료특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 항암중입자방사선치료특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암","기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, “암”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine

needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
[예시]
C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

['진단이 가능하지 않을 때'의 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 ("항암방사선치료", "항암중입자방사선치료" 및 "항암양성자방사선치료"의 정의)

① 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 "항암중입자방사선치료"라 함은 제1항에서 정한 "항암방사선치료" 중 국내에 허가된 중입자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온를 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말하며, "항암양성자방사선치료"는 포함하지 않습니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "항암양성자방사선치료"라 함은 제1항에서 정한 "항암방사선치료" 중 국내에 허가된 양성자치료센터에서 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암중입자방사선치료”를 받은 경우에는 보험수익자에게 약정한 “항암중입자방사선치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. 다만, 최초 1회의 치료에 한하며, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 갱신계약의 경우 “항암중입자방사선치료보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “항암중입자방사선치료보험

금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

④ 피보험자가 암보장개시일(“기타피부암” 및 "갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

⑤ 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 및 "갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암중입자방사선치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 중 어느 하나에 대하여 항암중입자방사선치료보험금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

⑥ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 항암방사선치료증명서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 11 조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “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.

제 12 조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보

험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법 원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」(이하 “산출방법서”라 합니다)에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 [“최초계약의 계약일” 또는 "최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일”]부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조("암", "기타피부암" 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “항암중입자방사선치료보험금”을 계산할 때에 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다. 그러나 “암”에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하고, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(단, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
항암중입자방사선 치료보험금 (제5조)	피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암중입자방사선치료”를 받은 경우 (다만, 최초 1회의 치료에 한함)	[1년이상] 1,000만원 [1년미만] 500만원

(주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 제1호에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
4. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
5. 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 및 "갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암중입자방사선치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”

중 어느 하나에 대하여 항암중입자방사선치료보험금을 최초 1회의 치료에 한하여 지급합니다.

6. 갱신계약의 경우 제5조(보험금의 지급사유)의 “항암중입자방사선치료보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “항암중입자방사선치료보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.
7. 위의 보험금 지급기준표의 내용 중 "1년 미만(최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)"의 보험금 감액 지급과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3

분류항목	분류코드
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
항암중입자방사선 치료보험금 (제5조) 및 계약자적립액 (제13조 제5항)	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%)
해약환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의50% - 1년초과기간 :평균공시이율의40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
항암중입자방사선치료특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 항암중입자방사선치료특약H(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 항암중입자방사선치료특약H(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제15조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암","기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, "암"이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암" 및 "기타피부암"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암" 및 "기

타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[예시]
C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“항암방사선치료”, “항암중입자방사선치료” 및 “항암양성자방사선치료”의 정의)

① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 “항암중입자방사선치료”라 함은 제1항에서 정한 “항암방사선치료” 중 국내에 허가된 중입자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온를 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말하며, “항암양성자방사선치료”는 포함하지 않습니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “항암양성자방사선치료”라 함은 제1항에서 정한 “항암방사선치료” 중 국내에 허가된 양성자치료센터에서 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암중입자방사선치료”를 받은 경우에는 보험수익자에게 약정한 “항암중입자방사선치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. 다만, 최초 1회의 치료에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50% 감액 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 암보장개시일(“기타피부암” 및 "갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 및 "갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암중입자방사선치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부

암” 또는 “갑상선암” 중 어느 하나에 대하여 항암중입자방사선치료보험금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은

장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생

하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 항암방사선치료증명서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보

험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법 원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제 2 항 제 2 호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에

대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제18조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제 3 조("암", "기타피부암" 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제14조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)의 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시

일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제17조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제20조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
항암중입자방사선 치료보험금 (제5조)	피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암중입자방사선치료”를 받은 경우 (다만, 최초 1회의 치료에 한함)	[1년이상] 1,000만원 [1년미만] 500만원

(주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 암보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복일)]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
3. 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 및 "갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암중입자방사선치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 중 어느 하나에 대하여 항암중입자방사선치료보험금을 최초 1회의 치료에 한하여 지급합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3

분류항목	분류코드
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제11조 제5항 및 제20조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
항암중입자방사선 치료보험금 (제5조) 및 계약자 적립액(제11조 제5항)	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%)
해약환급금 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의50% - 1년초과기간 :평균공시이율의40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
항암중입자방사선치료특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 항암중입자방사선치료특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 항암중입자방사선치료특약L(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 3) "재해분류표"에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 4) "장해분류표"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제15조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.
4. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ("암","기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 2) "대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에서 정한 질병(이하, "암"이라 합니다)을 말합니다. 다만, 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)], 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)] 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타 피부의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암" 및 "기타피부암"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인조직검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암" 및 "기

타피부암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
[예시]
C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단이 확정되는 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ “갑상선암”의 진단확정은 병원의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 위의 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[‘진단이 가능하지 않을 때’의 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (“항암방사선치료”, “항암중입자방사선치료” 및 “항암양성자방사선치료”의 정의)

① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 병원의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 “항암중입자방사선치료”라 함은 제1항에서 정한 “항암방사선치료” 중 국내에 허가된 중입자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온를 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말하며, “항암양성자방사선치료”는 포함하지 않습니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “항암양성자방사선치료”라 함은 제1항에서 정한 “항암방사선치료” 중 국내에 허가된 양성자치료센터에서 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암중입자방사선치료”를 받은 경우에는 보험수익자에게 약정한 “항암중입자방사선치료보험금”[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. 다만, 최초 1회의 치료에 한하며, 보험계약일부터 1년 미만인 경우에는 50% 감액 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표[(별표 4) "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 암보장개시일(“기타피부암” 및 "갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 보험계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 및 "갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암중입자방사선치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부

암” 또는 “갑상선암” 중 어느 하나에 대하여 항암중입자방사선치료보험금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은

장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생

하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 항암방사선치료증명서 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이

차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

> **[실종선고]**
> 부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법 원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제18조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 제 3 조("암", "기타피부암" 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우

제14조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)의 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제17조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한

절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제20조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
항암중입자방사선 치료보험금 (제5조)	피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암중입자방사선치료”를 받은 경우 (다만, 최초 1회의 치료에 한함)	[1년이상] 1,000만원 [1년미만] 500만원

(주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 암보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복일)]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
3. 보험기간 중 암보장개시일(“기타피부암” 및 "갑상선암”의 경우는 보장개시일) 이후 피보험자에게 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암중입자방사선치료보험금 지급사유가 발생한 경우 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 중 어느 하나에 대하여 항암중입자방사선치료보험금을 최초 1회의 치료에 한하여 지급합니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에서 규정하는 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성 신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3

분류항목	분류코드
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암, 분류코드 C44) 및 갑상선의 악성 신생물(암, 분류코드 C73)은 위의 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)[한국표준질병·사인분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 4)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제20조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
항암중입자방사선 치료보험금 (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%)
해약환급금 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 :평균공시이율의50% - 1년초과기간 :평균공시이율의40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 허혈심장질환상급종합병원입원특약H(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 허혈심장질환상급종합병원입원특약H(간편N)를** 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 허혈심장질환상급종합병원입원특약H(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
      ○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “허혈심장질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“입원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제6조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 상급종합병원 지정기준 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원 구분 지정이 불가능한 경우

【예시】

상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

【계약자적립액】
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 1호의 경우 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한

방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 상급종합병원의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정으로 상급종합병원의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정받고 그 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 1일 이상 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계

에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

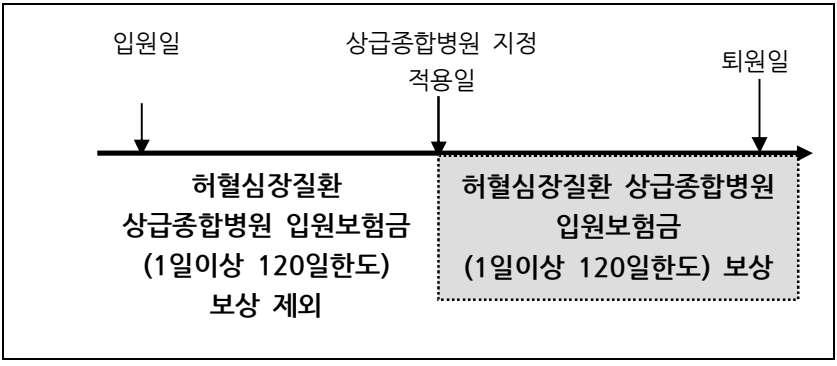
⑫ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

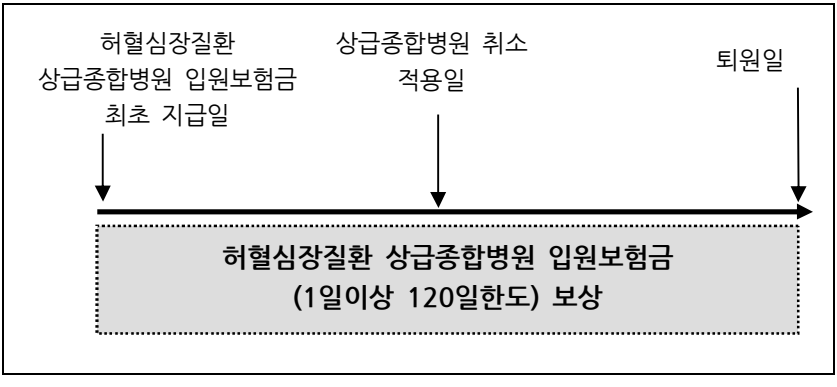
⑭ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제21항, 제22항 및 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.

⑮ 피보험자가 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제21항, 제22항 및 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.

⑯ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원지정 적용일부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.



⑰ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우라 하더라도 최초 퇴원일까지 계속 중인 입원기간에 대하여는 제21항, 제22항 및 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.



⑱ 제5조(“상급종합병원”의 정의)에서 정한 상급종합병원을 이전

하여 상급종합병원에 입원한 경우에도 동일한 허혈심장질환으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

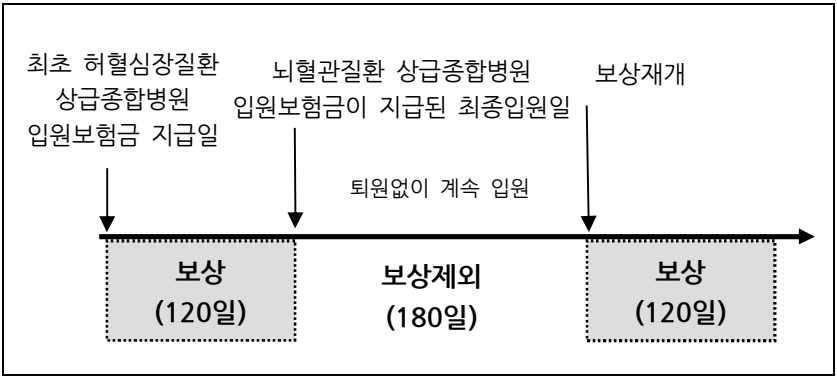
⑲ 제18항, 제20항 및 제23항의 경우 계속입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑳ 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제21항의 규정에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금을 지급합니다.

㉑ 제7조(보험금의 지급사유)에서 정하는 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

㉒ 제7조(보험금의 지급사유)의 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금은 피보험자가 동일한 허혈심장질환으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제21항의 규정을 적용합니다.

㉓ 제22항에도 불구하고 피보험자가 동일한 허혈심장질환의 직접적인 치료에 의한 입원이라도 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후의 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



㉔ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 입·퇴원확인서, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하

거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나

는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (특약의 보장개시)

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

다만, 특약의 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입기간 및 보험료 납입)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도

해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지되고, 해약환급금이 발생한 경우 계약자에게 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 절차에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특

약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(특약의 보장개시)의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 저렴한 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.

2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제24조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급내용
허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금 (제7조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”을 진단확정받고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에 1일 이상 “입원”하였을 경우 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)	입원일수 1일당 10만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 재해의 해당여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당질병 보장 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
허혈심장질환	
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제13조 제5항 및 제23조 제4항 관련)

구분	기간	지급이자
허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금 (제7조) 및 계약자적립액 (제13조 제5항)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	·1년이내 : 평균공시이율의 50% ·1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 허혈심장질환상급종합병원입원특약L(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 허혈심장질환상급종합병원입원특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 허혈심장질환상급종합병원입원특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
      ○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “허혈심장질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“입원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제6조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 상급종합병원 지정기준 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원 구분 지정이 불가능한 경우

【예시】

상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

【계약자적립액】
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 1호의 경우 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한

방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 상급종합병원의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정으로 상급종합병원의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정받고 그 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 1일 이상 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계

에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

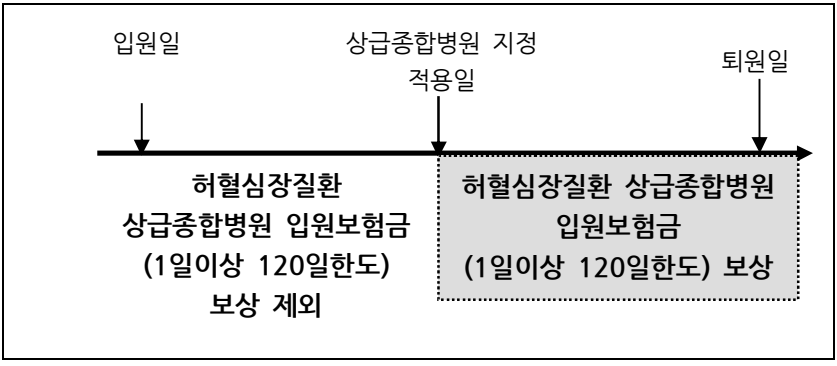
⑫ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

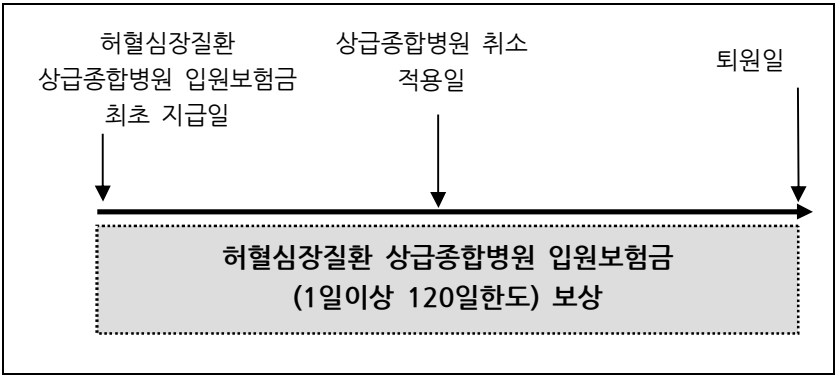
⑭ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제21항, 제22항 및 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.

⑮ 피보험자가 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제21항, 제22항 및 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.

⑯ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원지정 적용일부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.



⑰ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우라 하더라도 최초 퇴원일까지 계속 중인 입원기간에 대하여는 제21항, 제22항 및 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.



⑱ 제5조(“상급종합병원”의 정의)에서 정한 상급종합병원을 이전

하여 상급종합병원에 입원한 경우에도 동일한 허혈심장질환으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

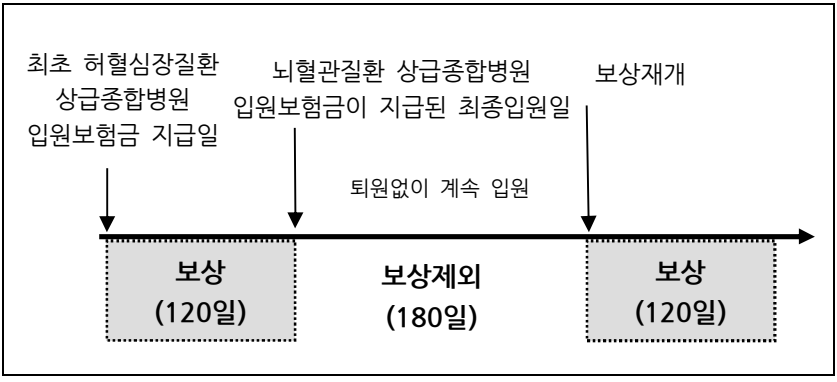
⑲ 제18항, 제20항 및 제23항의 경우 계속입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑳ 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제21항의 규정에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금을 지급합니다.

㉑ 제7조(보험금의 지급사유)에서 정하는 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

㉒ 제7조(보험금의 지급사유)의 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금은 피보험자가 동일한 허혈심장질환으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제21항의 규정을 적용합니다.

㉓ 제22항에도 불구하고 피보험자가 동일한 허혈심장질환의 직접적인 치료에 의한 입원이라도 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후의 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



㉔ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 입·퇴원확인서, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하

거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나

는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (특약의 보장개시)

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동

일합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입기간 및 보험료 납입)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합

니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지되고, 해약환급금이 발생한 경우 계약자에게 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 절차에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(특약의 보장개시)의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 저렴한 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.

2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를

납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제24조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급내용
허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금 (제7조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”을 진단확정받고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에 1일 이상 “입원”하였을 경우 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)	입원일수 1일당 10만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 재해의 해당여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당질병 보장 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
허혈심장질환	
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제23조 제4항 관련)

구분	기간	지급이자
허혈심장질환 상급종합병원 입원보험금 (제7조)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	·1년이내 : 평균공시이율의 50% ·1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
허혈심장질환상급종합병원통원특약H(연간30회한)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 허혈심장질환상급종합병원통원특약H(연간30회한)(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당

허혈심장질환상급종합병원통원특약H(연간30회한)(간편N)

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약
보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “허혈심장질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“통원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하지 않고 내원하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제6조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 상급종합병원 지정기준 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원 구분 지정이 불가능한 경우

【예시】
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지

정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

【계약자적립액】
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 1호의 경우 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약

자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 상급종합병원의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정으로 상급종합병원의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정받고 그 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)
(다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계

에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원지정 적용일부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.

⑮ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.

⑯ 제7조(보험금의 지급사유)의 허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회 한도로

지급합니다.

⑰ 제7조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 통원확인서, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로

봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (특약의 보장개시)

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동

일합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입기간 및 보험료 납입)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받

지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지되고, 해약환급금이 발생한 경우 계약자에게 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 절차에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(특약의 보장개시)의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.

2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이

후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제24조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급내용
허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금 (제7조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단확정받고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에 “통원”하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 10만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.
4. 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.
5. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 재해의 해당여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당질병 보장 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
허혈심장질환	
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항, 제13조 제5항 및 제23조 제4항 관련)

구분	기간	지급이자
허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금 (제7조) 및 계약자 적립액(제13조 제5항)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	·1년이내 : 평균공시이율의 50% ·1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
허혈심장질환상급종합병원통원특약L(연간30회한)(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 허혈심장질환상급종합병원통원특약L(연간30회한)(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당

허혈심장질환상급종합병원통원특약L(연간30회한)(간편N)

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험계약에서 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약
보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “허혈심장질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“통원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하지 않고 내원하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (“상급종합병원”의 정의)

이 특약에서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제6조 (상급종합병원 지정기준 관련 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 등 관련 법령(이하 “상급종합병원 지정기준 관련 법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 상급종합병원 지정기준 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험료로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원 구분 지정이 불가능한 경우

【예시】
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지

정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일 이내에 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우
2. 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우

【계약자적립액】
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제4항 1호의 경우 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 만약 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약

자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 제7조(보험금의 지급사유)의 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 상급종합병원의 지정기준에 따라 이미 보험금 지급사유가 판단된 경우에는 이후 상급종합병원 지정기준 관련 법령의 개정으로 상급종합병원의 지정기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제7조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정받고 그 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (통원 1회당, 1일 1회에 한함, 연간 30회 한도)
(다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제7조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계

에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원지정 적용일부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.

⑮ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.

⑯ 제7조(보험금의 지급사유)의 허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회 한도로

지급합니다.

⑰ 제7조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 통원확인서, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로

봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제21조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (특약의 보장개시)

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조 (보험료의 납입기간 및 보험료 납입)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되었거나 보험료 납입이 면제되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지되고, 해약환급금이 발

생한 경우 계약자에게 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제21조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 절차에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(특약의 보장개시)의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제23조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.

2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를

말합니다. 다만, 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제24조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급내용
허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금 (제7조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단확정받고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에 “통원”하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 10만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금을 지급합니다.
4. “연간”이란 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.
   ※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 재해의 해당여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당질병 보장 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
허혈심장질환	
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

※ 제10차 개정 이후 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제23조 제4항 관련)

구분	기간	지급이자
허혈심장질환 상급종합병원 통원보험금 (제7조)	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%)
해약환급금 (제23조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	·1년이내 : 평균공시이율의 50% ·1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 허혈심장질환입원특약(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 **무배당 허혈심장질환입원특약(간편N/갱신형)**
을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 허혈심장질환입원특약(간편N/갱신형)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감

독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환” 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “(별표 4)허혈심장질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② "허혈심장질환"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“입원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”을 진단확정받고 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 “입원”하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 허혈심장질환 입원비[(별표 1) “보험

금 지급기준표” 참조]를 지급합니다.(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 “허혈심장질환 입원비”를 받았을 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, “장해분류표”에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 “장해분류표” 상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, “장해분류표” 의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 “장해분류표”상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, “장해분류표”의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ “장해분류표”에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 “장해분류표”의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회

사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 제4조(“입원”의 정의와 장소)에서 정한 병원 또는 의원을 이전하여 “입원”한 경우에도 동일한 “허혈심장질환”으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 “입원”한 때에는 계속하여 “입원”한 것으로 봅니다.

⑯ 제15항, 제17항 및 제20항의 경우 계속입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 “입원”하는 것을 뜻합니다.

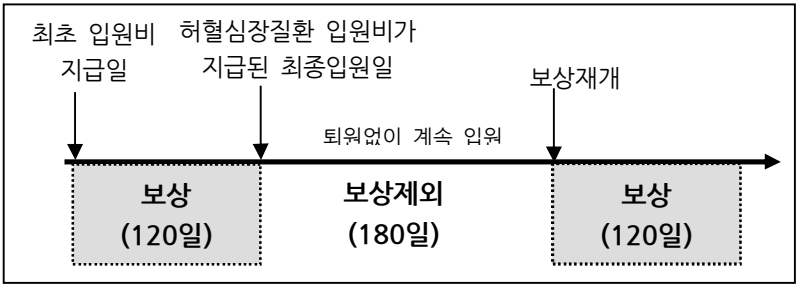
⑰ 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제18항의 규정에 따라 허혈심장질환 입원비를 지급합니다.

⑱ 제5조(보험금의 지급사유)에서 정하는 허혈심장질환 입원비의 지급일수는 1회 “입원”당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 “입원”이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 “입원”일을 기준으로 1회 “입원”당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

⑲ 제5조(보험금의 지급사유)의 허혈심장질환 입원비는 피보험자가 동일한 “허혈심장질환”으로 인하여 “입원”을 2회 이상 한 경우에는 1회 “입원”으로 보아 각 입원일수를 더하여 제18항의 규정을 적용합니다.

⑳ 제19항에도 불구하고 피보험자가 동일한 “허혈심장질환”에 의한 “입원”이라도 허혈심장질환 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후의 “입원”은 새로운 “입원”으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 허혈심장질환 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 “입원”중인 경

우에는 허혈심장질환 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



㉑ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 허혈심장질환 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부

규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 입·퇴원확인서, 장해진단서, 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 “병원”에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5)“보험금을 지급할 때의 적립

이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제13조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감

되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우 회사는 이 특약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」(이하 "산출방법서"라 합니다)에 따라 계산된 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을

지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제20조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제14조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제

3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년(갱신할 때 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립

니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제18조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제19조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지되고, 해약환급금이 발생한 경우 계약자에게 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제20조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 절차에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제된 경우로서 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이

특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제5항의 규정을 따릅니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제22조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5)“보험금을 지급할

때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제23조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급내용
허혈심장질환 입원비 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”을 진단확정받고 직접적인 치료 목적으로 1일 이상 “입원”하였을 경우 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)	입원일수 1일당 2만원 (최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제17조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호,

2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생 당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 “허혈심장질환”은 제9차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류코드
허혈심장질환	
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시]

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제13조 제5항 및 제22조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
허혈심장질환 입원비(제5조), 계약자적립액 (제13조)	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%)
해약환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	·1년이내 : 평균공시이율의 50% ·1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 허혈심장질환진단특약(간편N/갱신형)

약 관

이 특약의 약관은 **무배당 허혈심장질환진단특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 허혈심장질환진단특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수

있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “허혈심장질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하, “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “허혈심장질환”으로 확정되거나 추

정되는 경우

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 진단보험금(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함) [(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 “허혈심장질환”으로 진단이 확정될 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “허혈심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 해당 질병의 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 질병의 진단보험금을 지급합니다.

⑤ 제4항에 의한 진단 확정으로 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에서 정한 바에 따라 계약이 소멸(피보험자의 사망으로 인한 경우를 제외합니다)된 경우에는 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 '사망'의 원인, '진단보험금'에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한

경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 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 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해

지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 갱신계약의 경우 “허혈심장질환 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “허혈심장질환 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편

등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로

동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게

된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실

종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우에는 회사는 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 “추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우”는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력

회복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “허혈심장질환 진단보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보

험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료” $= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$ ㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료

일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 주계약에서 해당 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항 및 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었

으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효

력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규

정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
“허혈심장질환” 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 갱신계약의 경우 “허혈심장질환 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “허혈심장질환 진단보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
허혈심장질환	
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

1. 진단보험금 (제4조) 및 계약자적립액(제12조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금(제21조 제1항)

적립기간	지급이자	
지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내	평균공시이율의 50%
	1년초과기간	평균공시이율의 40%
청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 허혈심장질환진단특약H(간편N)

약관

이 특약의 약관은 **무배당 허혈심장질환진단특약H(간편N)**를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 허혈심장질환진단특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
      ○ 무해약환급금형 특약
      보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납

입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제14조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “허혈심장질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허) 에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진

단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “허혈심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 허혈심장질환 진단보험금(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표3) ‘장해분류표’ 참조, 이하 ‘장해분류표’라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 “허혈심장질환”으로 진단이 확정될 경우 회사는 허혈심장질환 진단보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “허혈심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 허혈심장질환 진단보험금을 지급합니다.

④ 제3항에 의한 진단 확정으로 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제3호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제4항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 “허혈심장질환” 진단보험금에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 제3항 및 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

   [실종선고]
   부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정

에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 '사망'의 원인 및 '허혈심장질환 진단보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치

료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서,

본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우.

⑧ 제17조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복)) 에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제 11 조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를

납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 ("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공

하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판

단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
허혈심장질환	
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제10조 제4항 및 제19조 제4항 관련)

1. 허혈심장질환 진단보험금(제4조) 및 계약자적립액(제10조 제4항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금(제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th colspan="2">적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 허혈심장질환진단특약L(간편N)

약관

이 특약의 약관은 **무배당 허혈심장질환진단특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 허혈심장질환진단특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
      ○ 무해약환급금형 특약
      보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납

입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제14조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환”이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “허혈심장질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허) 에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진

단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “허혈심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 허혈심장질환 진단보험금(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)[(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표3) ‘장해분류표’ 참조, 이하 ‘장해분류표’라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 “허혈심장질환”으로 진단이 확정될 경우 회사는 허혈심장질환 진단보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “허혈심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 허혈심장질환 진단보험금을 지급합니다.

④ 제3항 및 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 ‘사망’의 원인 및 ‘허혈심장질환 진단보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 ‘사망’한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. ‘사망’의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는

보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 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 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별

판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등

으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제4항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우.

⑦ 제17조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제 11 조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는

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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입

최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판

단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
허혈심장질환	
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제19조 제4항 관련)

1. 허혈심장질환 진단보험금(제4조)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금(제19조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th colspan="2">적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 허혈심장질환통원특약H(연간30회한)(간편N) 약관

이 특약의 약관은 무배당 허혈심장질환통원특약H(연간30회한)(간편N)를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 허혈심장질환통원특약H(연간30회한)(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는

때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제15조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “허혈심장질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검

사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“통원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하지 않고 내원하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단확정 받고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 보험수익자에게 약정한 허혈심장질환 통원보험금(1일 1회한, 연간 30회한)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유) 허혈심장질환 통원보험금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니

다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입

면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[장해진단서, 진단서(병명기입), 통원확인서, 진

료기록부(검사기록지 포함) 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금, 계약자가 계약자적립액 수령 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

   [실종선고]
   부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제18조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한

후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제17조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도

해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차

감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제20조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보

험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2.「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급내용
허혈심장질환 통원보험금 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단확정받고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항, 제11조 제5항 및 제20조 제4항 관련)

1. 허혈심장질환 통원보험금 (제5조) 및 계약자적립액(제11조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제20조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 허혈심장질환통원특약L(연간30회한)(간편N) 약관

이 특약의 약관은 무배당 허혈심장질환통원특약L(연간30회한)(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 허혈심장질환통원특약L(연간30회한)(간편N)
약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해: (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금× 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률 : 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간[제15조(특약의 보험기간) 참조]을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “허혈심장질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학

검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“통원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “통원”이라 함은 병원에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하지 않고 내원하여 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단확정 받고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 보험수익자에게 약정한 허혈심장질환 통원보험금(1일 1회한, 연간 30회한)[(별표 1) “보험금 지급기준표” 참조]을 지급합니다. (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제5조

(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 발생할 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유) 허혈심장질환 통원보험금의 지급횟수는 1일당 1회에 한하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제1항에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률

의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따른 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[장해진단서, 진단서(병명기입), 통원확인서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기

관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력

을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

   [실종선고]
   부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부

터 5년(갱신형계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제18조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이

율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료

납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제17조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항의 규정을 따릅니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제20조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제20조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입

최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

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)

급부명칭	지급사유	지급내용
허혈심장질환 통원보험금 (제5조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단확정받고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (1일 1회한, 연간 30회한)	통원 1회당 2만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. “연간”이란, 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.

2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

허혈심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
협심증	I20
급성 심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.
2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제20조 제4항 관련)

1. 허혈심장질환 통원보험금 (제5조)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제20조 제1항 및 제2항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 혈전용해치료보장특약(간편N)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 혈전용해치료보장특약(간편N)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 혈전용해치료보장특약(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“급성뇌경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "급성뇌경색증"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 과거 무증상성 열공성 뇌경색, 진구성뇌경색 및 일과성허혈발작으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “급성뇌경색증”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“특정 급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “특정 급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 (별표 5) “특정 급성 심근경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② "특정 급성심근경색증"의 진단 확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파,

관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제5조 (“혈전용해치료”의 정의)

① 이 특약에서 "혈전용해치료"라 함은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자가 피보험자의 “급성뇌경색증” 및 "특정 급성심근경색증"을 직접 치료하기 위한 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제6조 (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 “급성뇌경색증”으로 진단확정되고 “급성뇌경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우(다만, 최초 1회에 한하며, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생할 경우 50% 감액 지급)
   : 급성뇌경색증 혈전용해치료보험금
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정 급성심근경색증”으로 진단 확정되고 “특정 급성심근경색증”의 치료를 직접적인

목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우(다만, 최초 1회에 한하며, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생할 경우 50% 감액 지급)
: 특정 급성심근경색증 혈전용해치료보험금

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표 상

두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항의 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 결정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 사망진단서, 해당 질병 진단서(병명, 혈전치료 일자 및 내용 기재), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지

의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 선택하여 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우에는 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회

복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여

드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
급성뇌경색증 혈전용해치료 보험금 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성뇌경색증”으로 진단 확정되고 “급성뇌경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	200만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생할 경우 50% 감액 지급)
특정 급성심근경색증 혈전용해치료보험금 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정 급성심근경색증”으로 진단 확정되고 “특정 급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	200만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생할 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고

있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

별첨 "장해분류표" 참조

(별표 4)

뇌경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 급성뇌경색증은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌경색증	I63

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 과거 무증상성 열공성 뇌경색, 진구성뇌경색 및 일과성허혈발작으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

특정 급성 심근경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 “특정 급성심근경색증”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
급성 심근경색증	I21

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

1. 보험금 (제6조 제1호 및 제2호), 계약자적립액 (제12조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 혈전용해치료보장특약
(간편N/갱신형)
약 관

이 특약의 약관은 무배당 혈전용해치료보장특약(간편N/갱신형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 혈전용해치료보장특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니

다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료 납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“급성뇌경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 "급성뇌경색증"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표 4) “뇌경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 과거 무증상성 열공성 뇌경색, 진구성뇌경색 및 일과성허혈발작으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “급성뇌경색증”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“특정 급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 “특정 급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병 ·

사인분류 중 (별표 5) “특정 급성 심근경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② "특정 급성심근경색증"의 진단 확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제5조 (“혈전용해치료”의 정의)

① 이 특약에서 "혈전용해치료"라 함은 병원의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자가 피보험자의 “급성뇌경색증” 및 "특정 급성심근경색증"을 직접 치료하기 위한 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제6조 (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 “급성뇌경색증”으로 진단확정되고 “급성뇌경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우(다만, 최초 1회에 한함)

: 급성뇌경색증 혈전용해치료보험금
(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생할 경우 50% 감액 지급)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정 급성심근경색증”으로 진단 확정되고 “특정 급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우(다만, 최초 1회에 한함)
: 특정 급성심근경색증 혈전용해치료보험금
(다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생할 경우 50% 감액 지급)

※ 갱신계약의 경우, 제1호 및 제2호의 보험금은 각 해당 질병의 보장계약에 한하여 보장합니다.

제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표 상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 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 결정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 갱신계약의 경우 [급성뇌경색증 혈전용해치료 보장계약]에서 “급성뇌경색증 혈전용해치료보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “급성뇌경색증 혈전용해치료보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

⑯ 갱신계약의 경우 [특정 급성심근경색증 혈전용해치료 보장계약]에서 “특정 급성심근경색증 혈전용해치료보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)

에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “특정 급성심근경색증혈전용해치료보험금”으로 지급합니다. 이 때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 사망진단서, 해당 질병 진단서(병명, 혈전치료 일자 및 내용 기재), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령, 계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립

이율 계산”과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않

은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제22조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약“의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제14조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 선택하여 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우

4. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우. 다만, 갱신계약 중 각각의 보장계약에서 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보장계약에 한하여 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우에는 회사는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 6) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제22조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제15조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “급성뇌경색증 혈전용해치료보험금” 또는 “특정 급성심근경색증 혈전용해치료보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제19조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

제19조 (특약의 갱신)

① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는

뜻을 회사에 통지한 경우

④ 제1항에 따라 이 특약을 갱신하는 경우 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 「급성뇌경색증 혈전용해치료 보장계약」, 「특정 급성심근경색증 혈전용해치료 보장계약」으로 나뉘어 갱신됩니다. 다만, 갱신 전 계약에서 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 「급성뇌경색증 혈전용해치료 보장계약」, 「특정 급성심근경색증 혈전용해치료 보장계약」을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑤ 갱신계약은 제4항에 따른 각각의 보장계약을 합하여 하나의 계약으로 봅니다.

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제20조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제21조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험

료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제22조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 보험료납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며,

이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제24조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 6) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제25조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

■ 최초계약

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
급성뇌경색증 혈전용해치료 보험금 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성뇌경색증”으로 진단 확정되고 “급성뇌경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	200만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생할 경우 50% 감액 지급)
특정 급성심근경색증 혈전용해치료보험금 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정 급성심근경색증”으로 진단 확정되고 “특정 급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	200만원 (다만, 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생할 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

■ **갱신계약**

※ 최초계약 이후 갱신되는 갱신계약은 각각 「급성뇌경색증 혈전용해치료 보장계약」, 「특정 급성심근경색증 혈전용해치료 보장계약」으로 나뉘어 갱신됩니다. 다만, 갱신 전 계약에서 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 갱신계약은 보험금 지급사유가 발생한 해당 「급성뇌경색증 혈전용해치료 보장계약」, 「특정 급성심근경색증 혈전용해치료 보장계약」을 제외하여 갱신되며, 이후의 갱신계약도 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다. 단, 갱신계약은 각각의 보장계약을 합하여 하나의 계약으로 봅니다.

[급성뇌경색증 혈전용해치료 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
급성뇌경색증 혈전용해치료 보험금 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성뇌경색증”으로 진단 확정되고 “급성뇌경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	200만원

[특정 급성심근경색증 혈전용해치료 보장계약]

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
특정 급성심근경색증 혈전용해치료보험금 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정 급성심근경색증”으로 진단 확정되고 “특정 급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	200만원

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약

자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료는 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. [급성뇌경색증 혈전용해치료 보장계약]에서 “급성뇌경색증 혈전용해치료보험금”은 “급성뇌경색증 혈전용해치료보험금”과 [급성뇌경색증 혈전용해치료 보장계약]의 이미 납입한 보험료(다만, 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다) 중 큰 금액을 “급성뇌경색증 혈전용해치료보험금”으로 지급합니다.
4. [특정 급성심근경색증 혈전용해치료 보장계약]에서 “특정 급성심근경색증 혈전용해치료보험금”은 “특정 급성심근경색증 혈전용해치료보험금”과 [특정 급성심근경색증 혈전용해치료 보장계약]의 이미 납입한 보험료(다만, 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다) 중에서 큰 금액을 “특정 급성심근경색증 혈전용해치료보험금”으로 지급합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)상의 분류코드이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게 재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고

있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

별첨 "장해분류표" 참조

(별표 4)

뇌경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 급성뇌경색증은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
뇌경색증	I63

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 과거 무증상성 열공성 뇌경색, 진구성뇌경색 및 일과성허혈발작으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

특정 급성 심근경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 “특정 급성심근경색증”은 제9차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
급성 심근경색증	I21

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항, 제14조 제5항 및 제24조 제2항 관련)

1. 보험금 (제6조 제1호 및 제2호), 계약자적립액 (제14조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제24조 제1항)

<table>
<tr><th>적립기간</th><th colspan="2">지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 협심증진단특약(간편N/갱신형)

약 관

이 특약의 약관은 **무배당 협심증진단특약(간편N/갱신형)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 협심증진단특약(간편N/갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우 갱신시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수

있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

5. 보험료납입 관련 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 이 특약 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“협심증”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “협심증”이라 함은 한국표준질병·사인분류에서 “협심증”으로 분류되는 질병[(별표4) “협심증 분류표” 참조]을 말합니다.

② 협심증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “협심증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서 상 사인이 “협심증”으로 확정되거나 추정되는

경우

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “협심증”으로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 진단보험금(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함) [(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정 되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 보험계약일부터 1년 미만에 “협심증”으로 진단이 확정될 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “협심증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 해당 질병의 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 해당 질병의 진단보험금을 지급합니다.

⑤ 제4항에 의한 진단 확정으로 제12조(특약의 체결 및 소멸)

제2항 제4호에서 정한 바에 따라 계약이 소멸(피보험자의 사망으로 인한 경우를 제외합니다)된 경우에는 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑥ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제4항의 '사망'의 원인, '진단보험금'에 영향을 미치지 않습니다.

⑦ 제6항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑧ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제8항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 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 결정합니다.

⑬ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑯ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑰ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑱ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 갱신계약의 경우 “협심증 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “협심증 진단보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편

등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야[이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)의 “고지의무”와 같습니다] 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로

동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 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 최초계약으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

2. 주계약이 갱신형 보험인 경우에 계약자가 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하여 주계약이 갱신되지 않는 경우

   이 특약의 보험기간 중 주계약이 갱신되지 않는 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
4. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제3호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니 다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법 원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제3호의 경우에는 회사는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약을 주계약에 최초 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 종료 후 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑦ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 제7항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제7항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된

경우

⑩ 제19조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제15조 (특약내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니

다.

③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 갱신계약의 “협심증 진단보험금”을 계산할 때 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산한 보험료와 해당 감액 이후에 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

○ 감액 이후의 “이미 납입한 보험료”

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

㈜ “감액 전 이미 납입한 보험료”는 해당 감액 전에 감액이 발생한 경우 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말하며, 갱신전 계약의 이미 납입한 보험료는 포함하지 않습니다.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 (특약의 보험기간 및 갱신)

① 이 특약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음 날(이하 “갱신일”이라 합니다)부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간으로 하여 갱신합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에서 정한 납입최고(독촉)기간까지 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이

특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일)이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 갱신할 때의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약의 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않을 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신 전 계약의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제18조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정

한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제19조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규

정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
협심증 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “협심증”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제16조(특약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며, 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 갱신계약의 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
3. 갱신계약의 경우 “협심증 진단보험금”이 이미 납입한 보험료보다 작은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이미 납입한 보험료를 “협심증 진단보험금”으로 지급합니다. 이때 이미 납입한 보험료는 갱신 전 계약의 이미 납입한 보험료를 포함하지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다.
2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.
4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

협심증 분류표

① 약관에서 규정하는 “협심증”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
협심증	I20

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 • 사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제12조 제5항 및 제21조 제2항 관련)

1. 진단보험금 (제4조) 및 계약자적립액(제12조 제5항)

적립기간	지급이자
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%)

2. 해약환급금 (제21조 제1항)

<table>
<tr><th>기 간</th><th colspan="2">지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년이내</td><td>평균공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년초과 기간</td><td>평균공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td colspan="2">보험계약대출이율</td></tr>
</table>

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 협심증진단특약H(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 **무배당 협심증진단특약H(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 협심증진단특약H(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
      ○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“협심증”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “협심증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표4) “협심증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② 협심증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “협심증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음

을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서 상 사인이 “협심증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “협심증”으로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 협심증 진단보험금(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함) [(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 “협심증”으로 진단이 확정될 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “협심증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금을 지급합니다.

④ 제3항에 의한 진단 확정으로 제10조(특약의 체결 및 소멸)

제2항 제3호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제5항에 의한 계약자적립액은 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

⑤ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 '사망'의 원인, '진단보험금'에 영향을 미치지 않습니다.

⑥ 제5항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑦ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이

10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑩ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑪ 제1항의 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 결정합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑮ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑯ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부

규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」, 「계약자가 계약자적립액 수령」 또는 「계약자가 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지

의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나

는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 제2호의 경우 회사는 이 특약의 "산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 계약자적립액 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제17조("보험료의 납입연체로 해지된 특약"의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력

회복)을 청약한 날을 제6항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)
특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한

후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험

료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수

있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는

해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
협심증 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “협심증”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

협심증 분류표

① 약관에서 규정하는 “협심증”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
협심증	I20

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병・사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항, 제10조 제5항 및 제19조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
협심증 진단보험금 (제4조) 계약자적립액 (제10조 제5항)	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%)
해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당 협심증진단특약L(간편N)

약 관

이 특약의 약관은 **무배당 협심증진단특약L(간편N)**을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 협심증진단특약L(간편N) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   가. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : (별표 2) “재해분류표”에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해 : (별표 3) “장해분류표”에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 해약환급금
      ○ 일반형 특약
      이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
      ○ 무해약환급금형 특약

보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간 종료 이후에는 「일반형 특약의 해약환급금 × 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액을 말합니다.

나. 해지지급률: 무해약환급금형 특약에서 보험료 납입기간 종료 이후 해지할 경우 해약환급금을 산출할 때에 적용하는 비율로써 50%를 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 계약 체결 시점의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (“협심증”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 “협심증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 (별표4) “협심증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.

② 협심증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 또는 한의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파검사, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “협심증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음

을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서 상 사인이 “협심증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “협심증”으로 진단이 확정되었을 경우 보험수익자에게 약정한 협심증 진단보험금(다만, 최초 1회의 진단확정에 한함) [(별표 1) "보험금 지급기준표" 참조]을 지급합니다. (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표[(별표 3) “장해분류표” 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다] 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 보험계약일부터 1년 미만에 “협심증”으로 진단이 확정될 경우 회사는 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “협심증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 진단보험금을 지급합니다.

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정

에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3항의 '사망'의 원인, '진단보험금'에 영향을 미치지 않습니다.

⑤ 제4항의 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 '사망'한 경우에는 다음 각 호에 따릅니다.

1. 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.
2. '사망'의 원인은 연명의료의 시행사유(질병 또는 재해)로 봅니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

⑥ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 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 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제1항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

⑨ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치

료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

⑪ 제1항의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우에는 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑭ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에

서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료의 납입면제 사유가 발생한 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 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제8조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서[진단서(병명기입), 장해진단서, 사망진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 「보험수익자가 보험금 수령」 또는 「계약자가 보험료 납입면제 청구」에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고, 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력

을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력을 가지지 않게 된 때(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)에는 이 특약에 대한 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 ‘실종기간’이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 종료시에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

⑤ 회사가 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부

터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제5항의 ‘추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우’는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제17조(“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 “청약일”로 하여 적용합니다.

제11조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 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 계약자가 각각의 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 회사가 반환하는 날까지의 기간에 대하여 회사는 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 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (“보험료의 납입연체로 해지된 특약”의 부활(효력회복))

① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서

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 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)이 소멸된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 의해 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제19조(해약환급금) 제1항 및 제2항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 표기하여 드립니다.

제19조 (해약환급금)

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “산출방법서”에 따라 계산합니다.

> **[해약환급금 관련 유의사항]**
> 1. 무해약환급금형 특약은 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우 「일반형 특약의 해약환급금」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 특약입니다.
> 2. 「일반형 특약의 해약환급금」은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 무해약환급금형 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 종료된 이후 해지될 경우의 해약환급금은 「일반형 특약의 해약환급금 X 해지지급률(50%)」에 해당하는 금액으로 합니다. 이때 보험료 납입기간이란, 보험계약일부터 이 특약을 가입할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제1항에 따라 보험료의 납입이 연체되는 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

③ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보험료 납입기간은 제2항과 동일합니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3

영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5) “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에서 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)

급부명칭	지급사유	지급금액
협심증 진단보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “협심증”으로 진단확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원 (다만, 보험계약일부터 1년 미만에 진단확정되었을 경우 50% 감액 지급)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 동일한 경우 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류코드며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 재해 여부를 판단합니다.

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 재해의 해당 여부는 피보험자에게

재해가 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 약관에서 정한 재해에 해당되는지에 대한 판단은 발생시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시
1) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되지 않더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단합니다. 2) 피보험자에게 발생한 재해가 계약체결시의 한국표준질병·사인분류상으로는 약관에서 정한 재해에 해당되더라도 발생시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 재해로 판단하지 않습니다.

3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

4. 위의 '1. 보장대상이 되는 재해' ②에 해당하는 감염병은 '2. 보험금을 지급하지 않는 재해' ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표 3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표 4)

협심증 분류표

① 약관에서 규정하는 “협심증”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당 질병 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
협심증	I20

※ 제10차 개정 이후 약관에서 정한 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 • 사인분류에 따라 판단합니다.

② 약관에서 정한 질병에 해당되는지에 대한 판단은 진단시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.

한국표준질병·사인분류 적용 기준 예시

1) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되지 않더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되는 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단합니다.

2) 피보험자가 진단받은 질병이 계약체결시의 한국표준질병·사인분류 상으로는 약관에서 정한 질병에 해당되더라도 진단시점에 적용하는 한국표준질병·사인분류에 해당되지 않을 경우에는 약관에서 정한 질병으로 판단하지 않습니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제19조 제4항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
협심증 진단보험금 (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%)
해약환급금 (제19조 제1항 및 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

가입 후 무사고 고객 계약전환특약

약 관

가입 후 무사고 고객 계약전환특약
약 관

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)과 관련해 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 주된 보험계약(이하 주된 보험계약은 "주계약"이라 합니다)에 부가됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

가. 주계약 : 주된 보험계약을 말합니다.

나. 특약 : 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.

다. 해당계약 : 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약을 말합니다.

라. 계약자 : 회사와 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다

마. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

바. 전환전 계약 : 이 특약의 적용을 받는 간편심사 계약을 말합니다.

사. 전환후 계약 : 전환전 계약에 대하여 제 7 조(계약전환의 적용) 제 1 항에 따라 계약전환이 이루어진 경우의 계약을 말합니다.

아. 계약전환 신청기간 : 계약자가 이 특약에 따라 회사에 계약전환을 신청할 수 있는 기간을 말하며, 최초계약 체결 시 가입한 간편심사 유형에 따라 아래와 같이 적용합니다.

<table>
<tr><td>최초계약 체결시 가입한 간편심사 유형</td><td colspan="2">계약전환 신청기간</td></tr>
<tr><td>간편심사(305)</td><td rowspan="6">최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 계약일)부터 1년이 경과한 날부터</td><td>최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 계약일)부터 8년이 경과한 계약해당일 전일까지</td></tr>
<tr><td>간편심사(315)</td><td>최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 계약일)부터 7년이 경과한 계약해당일 전일까지</td></tr>
<tr><td>간편심사(325)</td><td>최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 계약일)부터 6년이 경과한 계약해당일 전일까지</td></tr>
<tr><td>간편심사(335)</td><td>최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 계약일)부터 5년이 경과한 계약해당일 전일까지</td></tr>
<tr><td>간편심사(345)</td><td>최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 계약일)부터 4년이 경과한 계약해당일 전일까지</td></tr>
<tr><td>간편심사(355)</td><td colspan="2">계약전환 불가</td></tr>
</table>

제3조 (계약전환 시 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 계약전환을 신청할 때 '계약전환 시 알릴 의무 사항'에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제4조 (계약전환 시 알릴 의무 위반의 효과)

계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 제3조(계약전환 시 알릴 의무)의 질문 사항에 대하여 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알린 경우, 회사는 계약전환을 무효로 하며 전환전 계약이 계속 유지되는 것으로 합니다.

제5조 (계약전환의 적용대상)

① 전환전 계약이 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우 계약전환의 대상으로 합니다.

1. 전환신청 시 전환전 계약의 보험료가 정상적으로 납입된 유효한 계약
2. 피보험자의 무사고 기간이 변경되어 위험이 감소된 계약
3. 전환전 계약이 간편심사(355)유형이 아닌 계약

② 제1항 제2호에서 '무사고'라 함은 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우를 말합니다.

1. 최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 계약일로 하며, 부활(효력회복) 계약의 경우에도 최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 계약일)로 합니다. 이하 '최초 보험계약일'이라 합니다) 이후에 질병 및 사고로 인하여 입원 또는 수술(제왕절개 포함)을 받지 않은 경우
2. 최초 보험계약일 이후에 다음과 같은 질병으로 진단,입원 또는 수술을 받지 않은 경우

   ※ 암, 협심증, 심근경색, 간경화, 뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색), 투석중인 만성신장질환

③ 제1항 제2호에서 '무사고 기간'이라 함은 최초 보험계약일부터 제2항에서 정한 '무사고' 상태가 계속하여 유지되는 기간을 말합니다. '무사고 기간'의 산정은 최초 보험계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다) 전일까지를 기준으로 합니다.

[계약해당일]
제 2 차년도 이후 매년의 계약일과 동일한 월, 일. 다만, 해당 월에 동일한 일이 없는 경우에는 해당월의 말일

제6조 (계약전환의 안내)

① 회사는 계약전환 신청기간 종료일 전까지 매년 1 회 이상 계약자에게 관련 내용(계약전환 요건 및 계약전환 절차 등)을 서면, 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 안내하여 드립니다.

② 제 1 항에도 불구하고, 제 5 조(계약전환의 적용대상) 제 1 항 각 호의 요건을 충족하지 않는 계약에 대하여는 관련 안내를 하지 않을 수 있습니다.

③ 계약전환 신청기간 내에 계약자의 계약전환 신청이 없는 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우를 포함합니다)에는 계약전환 의사가 없는 것으로 봅니다.

제7조 (계약전환의 적용)

① 계약자는 계약전환 신청기간 내에서 회사에 계약전환을 신청할 수 있으며, 회사는 제 5 조(계약전환의 적용대상) 제 1 항 각 호의 요건 충족 여부를 확인하여 계약전환을 승낙 또는 거절할 수 있습니다. 회사가 계약전환을 승낙할 경우 전환후 계약으로 계약을 전환하며, 회사가 계약전환을 거절할 경우에는 기존 계약이 유지되는 것으로 합니다.

② 제 1 항에 따라 계약전환이 이루어지는 경우, 전환후 계약은 최초계약 시 가입한 간편심사 유형 및 무사고 기간에 따라 아래와 같이 적용합니다.

최초계약 체결시	전환가능계약				
	무사고 기간 1년	무사고 기간 2년	무사고 기간 3년	무사고 기간 4년	무사고 기간 5년
간편심사	간편심사	간편심사	간편심사	간편심사	간편심사

(305)	(315)	(325)	(335)	(345)	(355)
간편심사 (315)	간편심사 (325)	간편심사 (335)	간편심사 (345)	간편심사 (355)	
간편심사 (325)	간편심사 (335)	간편심사 (345)	간편심사 (355)		
간편심사 (335)	간편심사 (345)	간편심사 (355)			
간편심사 (345)	간편심사 (355)				
간편심사 (355)	전환가능계약 없음				

③ 계약전환이 이루어지는 경우 “전환후 계약”은 아래에서 정한 사항에 대해 “전환전 계약”과 동일한 내용으로 전환됩니다.

1. 보장내용
2. 갱신/비갱신 유형
3. 납입면제 운영에 관한 사항
4. 해약환급금지급 유형에 관한 사항 등
5. 간편심사유형을 제외한 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

제8조 (계약전환에 관한 세부규정)

① 제 7 조(계약전환의 적용) 제 1 항에 따라 계약전환이 이루어지는 경우, 회사는 계약전환 승낙 후 최초로 도래하는 보험료 납입일부터 납입 보험료를 변경하여 적용하며, 해당계약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 향후 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 회사가 지급하여야 할 정산금액(이하 ‘정산금액’이라 한다)이 발생하는 경우 계약자에게 지급합니다.

② 제 1 항에 따라 회사가 지급하여야 할 금액은 정산금액과 이에 대한 이자(정산금액을 계약전환 적용일부터 지급일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 더한 금액으로 합니다.

③ 제 4 조(계약전환 시 알릴 의무 위반의 효과)에 따라 계약전환이 무효가 된 경우 계약자는 제 1 항에 따른 정산금액과 이자(이하 '추징액'이라 한다)를 회사에 반환하여야 하며, 전환전 계약의 유지를 위한 증액보험료의 추가납입이 필요할 경우 계약자는 이를 정상적으로 납입하여야 합니다.

④ 제 3 항에 따른 증액보험료의 추가납입 및 추징액이 연체된 상황에서 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 해당 금액을 보험금에서 차감하여 지급합니다.

⑤ 제 7 조(계약전환의 적용) 제 1 항에 따른 계약전환은 해당계약 전체에 대하여 이루어져야 합니다.

⑥ 제 5 항에도 불구하고, 전환전 계약에서 해당계약의 소멸사유가 발생한 경우 해당계약은 계약전환이 불가능하며, 세부보장으로 구성된 계약의 경우 소멸사유가 발생한 세부보장은 계약전환이 불가능합니다. 전환전 계약에서 해당계약이 효력이 없음에도 불구하고 계약전환이 이루어진 경우에는 해당계약에 대한 계약전환을 무효로 하며, 회사는 효력이 없어진 이후 납입한 해당계약의 보험료를 계약자에게 반환합니다.

⑦ 최초계약의 '계약 전 알릴 의무', '계약 전 알릴 의무 위반의 효과', '피보험자의 직업 및 직무 등의 변경 통지의무 및 위반의 효과' 및 '사기에 의한 계약' 조항은 전환후 계약에서도 효력이 유지됩니다.

제9조 준용규정

이 특약에 정하지 않는 사항에 대하여는 해당계약의 약관을 준용합니다.

대리청구서비스특약 약관

대리청구서비스특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)과 관련해 보험회사(이하 “회사”라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 계약에 부가됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 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. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 대리청구인 관련 용어
   - 가. 기명 대리청구인 : 계약자가 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 제3조(대리청구인의 지정) 제1항 제1호에 따라 기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.
   - 나. 무기명 대리청구인 : 계약자가 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우

를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 제3조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 무기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.

제2관 대리청구인의 지정

제3조 (대리청구인의 지정)

① 계약자는 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나의 방식으로 대리청구인(이하, "대리청구인"이라 합니다)을 지정(제4조(대리청구인의 변경지정)에 따른 변경지정 포함)할 수 있습니다.

1. 제2항에서 정한 대리청구인 지정 가능 범위에 해당하는 자 중에서 대리청구인(2명 이내에서 지정하되, 2명 지정시 대표대리청구인 지정)을 기명하여 지정할 수 있습니다.
2. 제1호에도 불구하고 무기명으로 제5조(보험금의 청구) 제4호의 서류에서 확인할 수 있는 대리청구인을 지정할 수 있습니다. 단, 지정된 무기명 대리청구인은 보험금 청구 시점을 기준으로 판단됩니다.

[대리청구인 지정 예시]

• 기명 대리청구인

- 계약자가 기명하여 지정 : (예시) **"김○○"**

• 무기명 대리청구인

- 계약자가 특정인을 기명하지 않고 지정 : (예시) **가족관계등록부 상 배우자**

[무기명 대리청구인 판단 예시]

보험 가입 당시 무기명 대리청구인을 **<u>가족관계등록부 상 배우자</u>**(당시 해당 서류상 배우자 A)로 지정한 후에 계약자가 보험금을 직접 청구할 수 없어 대리청구하는 시점에 가족관계등록부 상 배우자가 B인 경우
⇒ 해당 시점 대리청구인은 제5조(보험금의 청구) 제4호로 증명할 수 있는 배우자 B

② 제1항에 따라 지정 가능한 대리청구인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다. 또한, 제4조(대리청구인의 변경지정)에 따른 변경지정 또는 제5조(보험금의 청구)에 따른 보험금을 청구할 때에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족. 단, 제1항 제2호에 따른 무기명 대리청구인 지정은 피보험자의 직계존속 또는 직계비속

③ 제1항에 따라 대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 대리청구인 지정 신청서(회사양식)
2. 계약자의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법을 포함하며, 이하 “신분증”이라 합니다)
3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 등 계약자와의 관계를 증명할 수 있는 서류
4. 개인정보 관련 동의서

④ 제3항에도 불구하고 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 지정하는 경우에는 제3항 제3호 및 제4호에 해당하는 서류는 제출하지 않습니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 대리청구인이 지정된 이후에 제8조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조 (대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권에 표기하여 드립니다.

1. 대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 계약자의 신분증
3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(가족관계증명서 등)
4. 개인정보수집이용동의서

② 제1항에도 불구하고 제3조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 변경지정하는 경우에는 제1항 제3호 및 제4호의 서류는 제출하지 않습니다.

제3관 보험금의 지급

제5조 (보험금의 청구)

대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 대리청구인의 신분증
4. 피보험자 및 대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서 등) 및 주민등록등본

5. 기타 대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조 (보험금의 지급절차)

① 대리청구인은 제5조(보험금의 청구)에서 정한 구비서류 및 제8조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제8조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 제3조(대리청구인의 지정) 제1항 제1호에 따라 2명의 기명대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금의 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 제3조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 지정된 무기명 대리청구인이 제8조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하는 경우에는 해당 보험금은 제8조(적용대상)의 보험수익자의 계좌로 지급됩니다. 다만, 2명 이상의 무기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 한 명이 보험금을 청구할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 회사가 보험금을 대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

④ 제3조(대리청구인의 지정) 제1항에 따라 지정된 대리청구인이 가족관계등록부상 배우자였으나 보험금 청구 시점 당시 가족관계등록부상의 배우자가 아닐 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 상실된 것으로 봅니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제7조 (특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 부가됩니다.

② 제8조(적용대상)의 계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제8조 (적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.

제5관 기타사항 등

제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

출산육아휴직 보험료 납입유예특약

약 관

출산육아휴직 보험료 납입유예특약
약 관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)
이 특약은 회사가 별도로 정하는 주계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함합니다)의 보험료 납입을 유예하는 것을 목적으로 합니다.

제2조 (용어의 정의)
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 해당계약 : 이 특약의 적용을 받는 주계약 및 특약을 말합니다. 이때, 주계약 및 특약은 계약에 부가된 모든 금리확정형 보장성보험을 말합니다.
2. 해당계약 보험료 : 계속 납입하기로 약정한 해당계약의 보험료(이하 '보험료'라 합니다)를 말합니다.

제2관 보험계약의 성립과 유지

제3조 (적용대상에 관한 사항)
① 이 특약은 해당계약의 계약자가 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 한하여 적용합니다.

1. 「계약자 또는 계약자의 배우자(보험료 납입유예 신청일 기준 가족관계증명서 또는 주민등록등본상의 배우자로 하며,

이하 같습니다)」의 출산일로부터 1 년 이내인 경우. 이 때, 출산은 유산 및 사산은 포함하지 않습니다.

2. 「계약자 또는 계약자의 배우자」가 육아휴직(육아기 근로시간 단축을 포함합니다) 기간 중인 경우

② 제1항 제2호의 육아휴직은 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 및 「국가공무원법」 등 관계 법령에서 정한 바에 따르며, 해당 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 적용대상의 기준이 변경된 경우에는 보험료 납입유예 신청 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

[육아휴직]

「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조(육아휴직), 국가공무원법 제71조(휴직)에 따라 근로자 또는 공무원이 만8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 휴직을 말합니다.

[육아기 근로시간 단축]

「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조의2(육아기 근로시간 단축), 국가공무원법 제26조의2(근무시간의 단축 임용 등)에 따라 근로자 또는 공무원이 만12세 이하 또는 초등학교 6학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 근로시간 단축을 말합니다.

제4조 (출산육아휴직 보험료 납입유예 신청에 관한 사항)

① 계약자는 주계약의 보험료 납입기간 중 1회에 한하여 계약자가 제3조(적용대상에 관한 사항)에 따른 적용대상에 해당하는 경우 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입의 일시중지(이하 '납입유예'라 합니다)를 신청할 수 있습니다. 이때, 계약자는 납입유예 신청시 보험료 납입이 유예된 기간(이하 '납입유예기

간’이라 합니다)을 「6개월 또는 12개월」 중 하나의 기간으로 선택해야합니다. 이때 납입유예기간은 주계약의 보험료 납입주기 이상으로 선택 가능합니다.

[납입유예기간 예시]
주계약의 보험료 납입주기가 “연납”인 경우에는 납입유예기간은 12개월에 한하여 선택이 가능합니다.

② 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입유예를 신청하여야 합니다.

1. 출산육아휴직 보험료 납입유예 신청서(회사 양식)
2. 출산 또는 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)을 확인할 수 있는 서류
   가. 출산 : 출생증명서, 주민등록등본, 가족관계증명서
   나. 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) : 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) 확인서, 주민등록등본, 가족관계증명서
3. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 신청할 수 없습니다.

1. 이미 납입유예를 신청한 경우(제5조(출산육아휴직 보험료 납입유예에 관한 사항) 제7항에 따라 취소한 경우 및 다른 제도성특약 등을 통해 납입유예를 신청한 경우를 포함)
2. 주계약 보험료 납입이 완료된 계약(주계약 보험료 납입면제된 계약 및 주계약의 보험료 납입기간이 지난 계약을 포함) 또는 주계약의 보험료 의무납입이 종료된 계약
3. 보험료 납입연체가 있는 경우(다만, 연체된 보험료를 모두 납입한 경우 납입유예 신청이 가능합니다)

4. 보험료 납입 일시중지 또는 자동대출납입이 적용된 계약
5. 중도인출 또는 보험계약대출이 적용된 계약
6. 주계약의 잔여 납입기간이 2년 미만인 경우(갱신형 주계약의 갱신일까지의 잔여 납입기간이 2 년 미만인 경우 포함) 단, 주계약의 잔여 납입기간이 2년 미만이면서 1년 이상인 경우에 해당되는 경우, 6개월 납입유예만 신청이 가능합니다.(갱신형 주계약의 갱신일까지의 잔여 납입기간이 2년 미만이면서 1년 이상인 경우 포함)
7. 납입유예기간 동안 납입하지 않을 해당계약 보험료(이하 '납입유예 보험료'라 합니다) 총액이 납입유예 신청 시점 해당계약의 해약환급금을 초과하는 경우. 단, '납입유예기간 중 갱신형보험의 갱신일이 도래하여 납입유예기간 동안 납입유예 보험료가 해당계약의 해약환급금을 초과하는지 판단할 수 없는 경우'에는 납입유예 신청일 기준의 갱신형 보험의 요율에서 갱신시 연령증가분만 반영하여 초과 여부를 판단합니다.

제5조 (출산육아휴직 보험료 납입유예에 관한 사항)

① 납입유예를 신청한 경우 계약자는 신청 이후 최초 도래하는 해당계약의 납입기일부터 납입유예기간동안 보험료를 납입하지 않으며 이 경우에도 회사는 보험료의 납입이 유예된 기간 동안 보험료가 정상적으로 납입된 경우와 동일하게 보장하고, 계약자적립액 등을 계산합니다.

② 납입유예기간 직후 최초로 도래하는 납입기일부터 납입유예기간과 동일 기간(이하 '납입유예 보험료 납입기간'이라 합니다) 동안 납입유예 보험료를 납입유예 보험료 납입기간의 보험료와 함께 납입해야 합니다. 이때, 납입유예 보험료 납입기간의

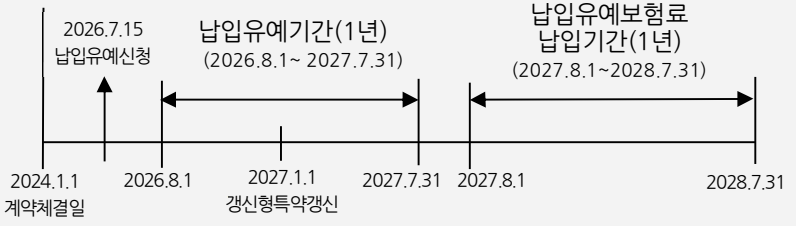
보험료란 납입유예 신청 전의 해당 기간 납입기일에 정상적으로 납입해야 할 보험료(이하 '납입유예 보험료 납입기간 정상보험료'라 합니다)를 말합니다.

③ 제2항에서 납입유예기간 중 해당계약 갱신형보험의 갱신일 도래시, 갱신형보험의 납입유예보험료는 갱신일 이전기간에 대해서는 갱신 전 보험료, 갱신일 이후 기간에 대해서는 갱신 후 보험료로 합니다.

[보험료 납입유예 예시]

주계약(비갱신형, 월납, 20년납), 3년 갱신형특약,

최초계약체결일 : 2024.01.01, 납입유예기간1년 가정시



구 분	납입보험료	납입유예 기간(1년)	납입유예 보험료 납입기간(1년)	납입유예 보험료
주계약	20만원	2026.8.1 ~2027.7.31 (26.8.1부터 12회)	2027.8.1 ~2028.7.31 (매월 납입기일에 총 12회 납입)	20만원 x 12회
갱신형 특약	최초계약 : 3만원 1회차 갱신계약 : 4만원			최초계약 : 3만원 x 5회 1회차 갱신계약 : 4만원 x 7회

④ 납입유예 보험료 납입기간 동안 납입유예 보험료와 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 납입하지 않아 보험료의 납입이 연체되는 경우에는 주계약 약관 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에 따라 해당 계약은 해지될 수 있습니다. 이때, 주계약 약관 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에서의

보험료는 '납입유예 보험료'를 포함하는 것으로 보며, '납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용'에는 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 납입이 완료되지 않은 납입유예 보험료 전액이 차감된다는 내용을 포함합니다.

⑤ 제4항에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 주계약 약관 '보험료의 납입연체로 해지된 계약의 부활(효력회복)' 조항에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이때, 주계약 약관 '보험료의 납입연체로 해지된 계약의 부활(효력회복)' 조항에서의 보험료는 '납입유예 보험료'를 포함하는 것으로 봅니다.

⑥ 제1항 및 제2항에도 불구하고 해당계약 전체 또는 일부의 납입면제 사유 발생으로 보험료가 납입면제 된 경우, 계약자는 즉시 납입면제 되기 전까지의 해당계약의 납입유예 보험료 전체를 일시 납입하여야 하며, 주계약 약관 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 납입유예 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 해지될 수 있습니다.

⑦ 계약자는 납입유예기간동안 보험료를 납입할 수 없으며, 계약자가 납입유예기간이 종료되기 전에 보험료를 납입하고자 하는 경우에는 회사에 보험료 납입유예 취소 신청을 하고 보험료를 납입할 수 있습니다. 이 경우 납입유예기간은 그 때부터 종료되며, 계약자는 납입유예기간 종료 후 도래하는 해당계약 보험료 납입기일까지 해당계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 또한 납입유예 취소 신청시 납입유예 취소 신청전까지의 납입유예 보험료 전액을 일시에 납입하여야 합니다.

⑧ 제2항에도 불구하고 계약자의 선택에 따라 납입유예 보험료 납입기간 중에 납입유예 보험료를 일시에 납입하는 방법으로 변경할 수 있습니다.

⑨ 제2항에도 불구하고 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 선납하고자 하는 경우에는 납입유예 보험료를 일시에 납입해야 합니다. 이때, 선납 할인이 있는 경우에도 납입유예 보험료는 선납 할인 대상에서 제외합니다.

⑩ 제8항 및 제9항의 경우 납입유예 보험료 납입기간은 종료된 것으로 봅니다.

⑪ 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 보험가입금액 감액, 계약자, 납입기간 및 기타 계약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑫ 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 중도인출, 보험계약대출 및 중도부가서비스를 신청할 수 없습니다.

⑬ 회사는 납입유예기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입유예기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항 및 납입유예 신청 및 처리로 인해 계약에 적용되는 주요사항을 전자문서 등의 방법으로 안내합니다.

⑭ 회사는 해당계약의 전부 또는 일부에 대해 해약환급금 또는 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우 지급사유가 발생하기 전까지의 '각 지급금에 해당하는 해당계약의 납입유예 보험료'를 해약환급금 또는 보험금에서 차감하여 지급하거나, 일시 납입을 요구할 수 있으며 이 경우 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

제3관 기타사항

제6조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별첨)

장해분류표

총칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고, 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고, 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중

높은 지급률을 적용한다.

4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능 장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나 (“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
4) “한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement) 주1), 안전수지(Finger Counting) 주2) 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.
6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해” 라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   ① 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
   ② 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴

경우

7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
8) “뚜렷한 시야 장해”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습) 장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고, 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해상태를 재평가하여야 한다.
2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

1) "평형기능에 장해를 남긴 때"라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실 양측 전정기능 감소 일측 전정기능 소실	14 10 4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회이상) 장기 통원치료(1년간 6회이상) 단기 통원치료(6개월간 6회이상) 단기 통원치료(6개월간 6회미만)	6 4 2 0
기능장해소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	20 12 8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

① 뇌영상검사(CT, MRI)

② 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) “코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) “코의 후각기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 경우를 말한다.
   ① 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
   ② 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
   ③ 위·아래턱(상. 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
   ④ 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   ⑤ 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 경우를 말한다.
   ① 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   ② 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이

하로 제한되는 경우
③ 위·아래턱(상. 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1㎝이상인 경우
④ 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
⑤ 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 다만, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
7) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 경우를 말한다.
① 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
② 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 경우를 말한다.
① 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
② 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 경우를 말한다.
① 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
② 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장

해로 평가한다.

16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
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.
4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 다만, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   ③ 지름 5cm 이상의 조직함몰
   ④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
   ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
   ③ 지름 2cm 이상의 조직함몰

④ 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

① 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

② 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
   ① 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상.하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
   ② 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상.하부[인접 상.하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상.하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
   ③ 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」 별표5(신체부위별 장해등급 판정에 관한 세부기준)에 따라 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.
6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   ② 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   ② 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
   ③ 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI: Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
   ④ 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
8) 약간의 운동장해
   머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   ① 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   ① 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체

(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   ① 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해”란 추간판탈출증으로 추간판을 두 마디 이상(또는 한 마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우를 말한다.
13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해”란 추간판탈출증으로 추간판 한 마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우를 말한다.
14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우를 말한다.

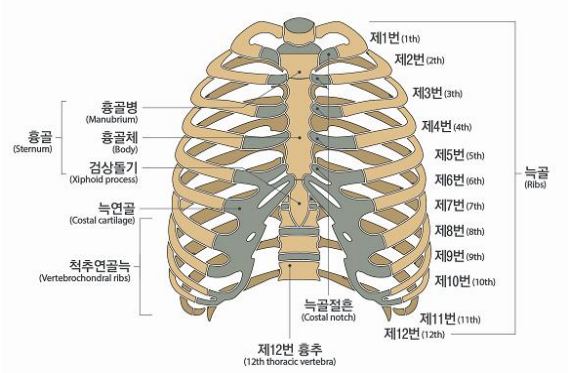
7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

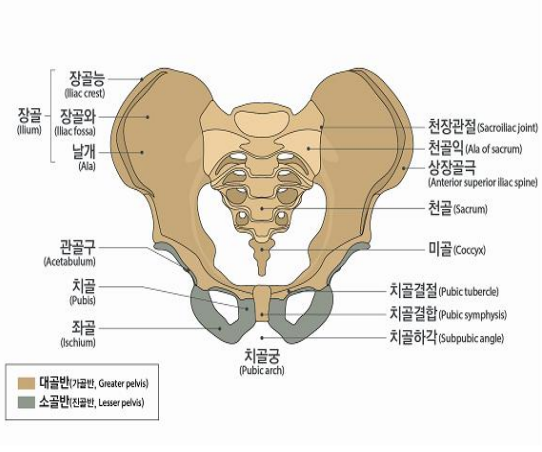
장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5㎝ 이상 분리된 부정유합 상태
   ② 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
   ③ 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
3) “빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.


제1번 (1th)
제2번 (2th)
제3번 (3th)
제4번 (4th)
제5번 (5th)
제6번 (6th)
제7번 (7th)
제8번 (8th)
제9번 (9th)
제10번 (10th)
제11번 (11th)
제12번 (12th)
늑골 (Ribs)
흉골병 (Manubrium)
흉골체 (Body)
검상돌기 (Xiphoid process)
흉골 (Sternum)
늑연골 (Costal cartilage)
척추연골늑 (Vertebrochondral ribs)
늑골절흔 (Costal notch)
제12번 흉추 (12th thoracic vertebra)

〈가슴뼈〉


장골능 (Iliac crest)
장골 (Ilium)
장골와 (Iliac fossa)
날개 (Ala)
천장관절 (Sacroiliac joint)
천골익 (Ala of sacrum)
상장골극 (Anterior superior iliac spine)
천골 (Sacrum)
미골 (Coccyx)
관골구 (Acetabulum)
치골 (Pubis)
좌골 (Ischium)
치골결절 (Pubic tubercle)
치골결합 (Pubic symphysis)
치골하각 (Subpubic angle)
치골궁 (Pubic arch)
대골반 (가골반, Greater pelvis)
소골반 (진골반, Lesser pelvis)

〈골반뼈〉

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) "팔의 3대 관절"이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   ① 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   ② 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 다만, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) "관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에

해당하는 경우를 말한다.

① 완전 강직(관절굳음)

② 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우

8) "관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

③ 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우

9) "관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "2등급(poor)"인 경우

10) "관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "3등급(fair)"인 경우

11) "가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

13) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각(角) 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고, 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) “한 다리의 발목 이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   ① 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

② 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
① 완전 강직(관절굳음)
② 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우

8) “관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
③ 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
④ 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
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
③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “2등급(poor)”인 경우

10) “관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “3등급(fair)”인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) “가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
14) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각(角) 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고, 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때 (손가락 하나마다)	5

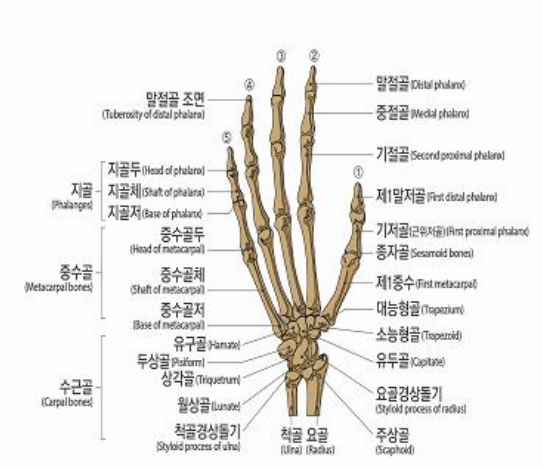
나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
5) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
6) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
7) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관

절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



〈손가락〉

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때 (발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) “리스프랑관절 이상을 잃은 때”라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) “발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은

각각 적용하여 합산한다.

8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

〈발가락〉

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1) "심장 기능을 잃었을 때"라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2) "흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   ① 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) "흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   ① 위, 대장(결장 ~ 직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
   ③ 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
   ④ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) "흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   ① 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
   ② 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
   ③ 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
   ④ 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
   ⑤ 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
   ⑥ 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) "흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   ① 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로

영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

② 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

③ 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉•복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7) 상기 흉•복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계 • 정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① “신경계에 장해를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표’의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표’상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고, 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 정신행동장해는 보험기간 중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또

는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

② 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

③ "정신행동에 극심한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

④ "정신행동에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

⑤ "정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준[주]' 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원. 약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

⑥ "정신행동에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

⑦ "정신행동에 경미한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

⑧ 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

⑨ 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

⑩ 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

⑪ 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

⑫ 각종 기질성 정신장해와 외상 후 뇌전증에 한하여 보상한다.
⑬ 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매
① "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
② 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
③ 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증
① "뇌전증"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
② 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
③ "심한 뇌전증 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
④ "뚜렷한 뇌전증 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
⑤ "약간의 뇌전증 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
⑥ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
⑦ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

〈 붙임 〉

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)

유형	제한 정도에 따른 지급률
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 상•하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상•하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상•하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

▪ 아래 법령은 약관에서 인용된 법령으로 고객의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
다만, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있는 점을 참고하셔서 활용하시기 바랍니다.
▪ 법령은 2025년 12월 기준이며, 해당 법령 개정시 내용이 변동될 수 있습니다.
아래 법령과 실제 법령 내용이 다를 경우에는 실제 법령 내용이 우선됩니다.

제1관 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. “감염병”이란 제1급감염병, 제2급감염병, 제3급감염병, 제4급감염병, 기생충감염병, 세계보건기구 감시대상 감염병, 생물테러감염병, 성매개감염병, 인수(人獸)공통감염병 및 의료관련감염병을 말한다.
2. “제1급감염병”이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
(이하 생략)

제16조의2(감염병병원체 확인기관)
① 다음 각 호의 기관(이하 “감염병병원체 확인기관”이라 한다)은 실험실 검사 등을 통하여 감염병병원체를 확인할 수 있다.
1. 질병관리청
2. 질병대응센터
3. 「보건환경연구원법」 제2조에 따른 보건환경연구원
4. 「지역보건법」 제10조에 따른 보건소

5.「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근(常勤)하는 기관

6.「고등교육법」 제4조에 따라 설립된 의과대학 중 진단검사의학과가 개설된 의과대학

7.「결핵예방법」 제21조에 따라 설립된 대한결핵협회(결핵환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)

8.「민법」 제32조에 따라 한센병환자 등의 치료 · 재활을 지원할 목적으로 설립된 기관(한센병환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)

9. 인체에서 채취한 검사물에 대한 검사를 국가, 지방자치단체, 의료기관 등으로부터 위탁받아 처리하는 기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근하는 기관

② 질병관리청장은 감염병병원체 확인의 정확성 · 신뢰성을 확보하기 위하여 감염병병원체 확인기관의 실험실 검사능력을 평가하고 관리할 수 있다.

③ 제2항에 따른 감염병병원체 확인기관의 실험실 검사능력 평가 및 관리에 관한 방법, 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제2관 개인정보 보호법

제15조(개인정보의 수집 · 이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우

2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우

3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우

4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우

5. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우

6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집 · 이용 목적

2. 수집하려는 개인정보의 항목

3. 개인정보의 보유 및 이용 기간

4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우

2. 제15조제1항제2호, 제3호 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자

2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 삭제

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제22조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제22조의2제1항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다.

1. 제15조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
2. 제17조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
3. 제18조제2항제1호에 따라 동의를 받는 경우
4. 제19조제1호에 따라 동의를 받는 경우
5. 제23조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
6. 제24조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집 · 이용 목적, 수집 · 이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제30조제2항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.
④ 삭제
⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제1항제3호 및 제7호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
⑥ 삭제
⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)
① 개인정보처리자는 사상 · 신념, 노동조합 · 정당의 가입 · 탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 “민감정보”라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
③ 개인정보처리자는 재화 또는 서비스를 제공하는 과정에서 공개되는 정보에 정보주체의 민감정보가 포함됨으로써 사생활 침해의 위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정

보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아보기 쉽게 알려야 한다.

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 “고유식별정보”라 한다)를 처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우

2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제

③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류 · 규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

제24조의2(주민등록번호 처리의 제한)

① 제24조제1항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 주민등록번호를 처리할 수 없다.

1. 법률 · 대통령령 · 국회규칙 · 대법원규칙 · 헌법재판소규칙 · 중앙선거관리위원회규칙 및 감사원규칙에서 구체적으로 주민등록번호의 처리를 요구하거나 허용한 경우

2. 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 명백히 필요하다고 인정되는 경우

3. 제1호 및 제2호에 준하여 주민등록번호 처리가 불가피한 경우로서 보호위원회가 고시로 정하는 경우

② 개인정보처리자는 제24조제3항에도 불구하고 주민등록번호가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 암호화 조치를 통하여 안전하게 보관하여야 한다. 이 경우 암호화 적용 대상 및 대상별 적용 시기 등에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 처리 규모와 유출 시 영향 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

③ 개인정보처리자는 제1항 각 호에 따라 주민등록번호를 처리하는 경우에도 정보주체가 인터넷 홈페이지를 통하여 회원으로 가입하는 단계에서는 주민등록번호를 사용하지 아니하고도 회원으로 가입할 수 있는 방법을 제공하여야 한다.

④ 보호위원회는 개인정보처리자가 제3항에 따른 방법을 제공할 수 있도록 관계 법령의 정비, 계획의 수립, 필요한 시설 및 시스템의 구축 등 제반 조치를 마련 · 지원할 수 있다.

제3관 관공서의 공휴일에 관한 규정

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3 · 1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)

10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거

일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)
① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
1. 제2조제2호 · 제6호 · 제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호 · 제4호 · 제6호 · 제7호 · 제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일 · 일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

제4관 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

제6조(등록 및 결정)
① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 “신청 대상자”라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부장관에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.
1. 「국가보훈 기본법」 제23조제1항제3호의2에 따라 발굴된 희생 · 공헌자의 경우
2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우

3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우

② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제4조제1항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제1항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다.

③ 국가보훈부장관은 제1항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제4조 또는 제5조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제4조제1항제3호부터 제6호까지, 제8호, 제14호 및 제15호의 국가유공자(이하 "전몰군경등"이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈부장관에게 통보하여야 한다.

④ 국가보훈부장관은 제3항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다.

⑤ 국가보훈부장관은 제4조제1항 각 호(제1호, 제2호 및 제10호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.

⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다.

제5관 국민건강보험법

제5조(적용 대상 등)

① 국내에 거주하는 국민은 건강보험의 가입자 또는 피부양자가 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 제외한다.

1. 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 사람(이하 “수급권자”라 한다)
2. 「독립유공자예우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료보호를 받는 사람(이하 “유공자등 의료보호대상자”라 한다). 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람은 가입자 또는 피부양자가 된다.

가. 유공자등 의료보호대상자 중 건강보험의 적용을 보험자에게 신청한 사람

나. 건강보험을 적용받고 있던 사람이 유공자등 의료보호대상자로 되었으나 건강보험의 적용배제신청을 보험자에게 하지 아니한 사람

② 제1항의 피부양자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중 직장가입자에게 주로 생계를 의존하는 사람으로서 소득 및 재산이 보건복지부령으로 정하는 기준 이하에 해당하는 사람을 말한다.

1. 직장가입자의 배우자
2. 직장가입자의 직계존속(배우자의 직계존속을 포함한다)
3. 직장가입자의 직계비속(배우자의 직계비속을 포함한다)과 그 배우자
4. 직장가입자의 형제 · 자매

③ 제2항에 따른 피부양자 자격의 인정 기준, 취득 · 상실시기 및 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제41조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰 · 검사
2. 약제(藥劑) · 치료재료의 지급
3. 처치 · 수술 및 그 밖의 치료

4. 예방 · 재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제1항에 따른 요양급여(이하 “요양급여”라 한다)의 범위(이하 “요양급여대상”이라 한다)는 다음 각 호와 같다.

1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것

2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법 · 절차 · 범위 · 상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)으로 정할 수 있다.

제41조의2(약제에 대한 요양급여비용 상한금액의 감액 등)

① 보건복지부장관은 「약사법」 제47조제2항의 위반과 관련된 제41조제1항제2호의 약제에 대하여는 요양급여비용 상한금액(제41조제3항에 따라 약제별 요양급여비용의 상한으로 정한 금액을 말한다. 이하 같다)의 100분의 20을 넘지 아니하는 범위에서 그 금액의 일부를 감액할 수 있다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따라 요양급여비용의 상한금액이 감액된 약제가 감액된 날부터 5년의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 다시 제1항에 따른 감액의 대상이 된 경우에는 요양급여비용 상한금액의 100분의 40을 넘지 아니하는 범위에서 요양급여비용 상한금액의 일부를 감액할 수 있다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 요양급여비용의 상한금액이 감액된 약제가 감액된 날부터 5년의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 다시 「약사법」 제47조제2항의 위반과 관련된 경우에는 해당 약

제에 대하여 1년의 범위에서 기간을 정하여 요양급여의 적용을 정지할 수 있다.
④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 요양급여비용 상한금액의 감액 및 요양급여 적용 정지의 기준, 절차, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제42조(요양기관)
① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우
④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리할 수 있다.
⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

제44조(비용의 일부부담)

① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다.

② 본인이 연간 부담하는 다음 각 호의 금액의 합계액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 “본인부담상한액”이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다. 이 경우 공단은 당사자에게 그 초과 금액을 통보하고, 이를 지급하여야 한다.

1. 본인일부부담금의 총액
2. 제49조제1항에 따른 요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액(요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액이 보건복지부장관이 정하여 고시한 금액보다 큰 경우에는 그 고시한 금액으로 한다)에서 같은 항에 따라 요양비로 지급받은 금액을 제외한 금액

③ 제2항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.

④ 제2항 각 호에 따른 금액 및 합계액의 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제53조(급여의 제한)

① 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 아니한다.

1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우
2. 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
3. 고의 또는 중대한 과실로 제55조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우
4. 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우

② 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우에는 그 한도에서 보험급여를 하지 아니한다.
③ 공단은 가입자가 대통령령으로 정하는 기간 이상 다음 각 호의 보험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때까지 그 가입자 및 피부양자에 대하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다. 다만, 월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에서 제외하며, 보험료의 체납기간은 고려하지 아니한다)가 대통령령으로 정하는 횟수 미만이거나 가입자 및 피부양자의 소득 · 재산 등이 대통령령으로 정하는 기준 미만인 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 제69조제4항제2호에 따른 보수 외 소득월액보험료
2. 제69조제5항에 따른 세대단위의 보험료
④ 공단은 제77조제1항제1호에 따라 납부의무를 부담하는 사용자가 제69조제4항제1호에 따른 보수월액보험료를 체납한 경우에는 그 체납에 대하여 직장가입자 본인에게 귀책사유가 있는 경우에 한하여 제3항의 규정을 적용한다. 이 경우 해당 직장가입자의 피부양자에게도 제3항의 규정을 적용한다.
⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 제82조에 따라 공단으로부터 분할납부 승인을 받고 그 승인된 보험료를 1회 이상 낸 경우에는 보험급여를 할 수 있다. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회(같은 조 제1항에 따라 승인받은 분할납부 횟수가 5회 미만인 경우에는 해당 분할납부 횟수를 말한다. 이하 이 조에서 같다) 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
⑥ 제3항 및 제4항에 따라 보험급여를 하지 아니하는 기간(이하 이 항에서 “급여제한기간”이라 한다)에 받은 보험급여는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 보험급여로 인정한다.
1. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 체납된 보험료를 완납한 경우
2. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자

에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 제82조에 따라 분할납부 승인을 받은 체납보험료를 1회 이상 낸 경우. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

제54조(급여의 정지)

보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기간에는 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제3호 및 제4호의 경우에는 제60조에 따른 요양급여를 실시한다.

1. 삭제
2. 국외에 체류하는 경우
3. 제6조제2항제2호에 해당하게 된 경우
4. 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

제6관 국민건강보험법 시행령

제19조(비용의 본인부담)

① 법 제44조제1항에 따른 본인일부부담금(이하 “본인일부부담금”이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다.

[별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액

1. 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액(100원 미만은 제외한다)을 부담한다. 다만, 입원진료의 경우에는 100원 미만의 금액도 부담한다.

가. 입원진료(나목의 표 중 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우는 제외한다) 및 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 다음의 구분에 따라 계산한 금액

1) 요양급여비용 총액(보건복지부장관이 정하여 고시하는 식대와 장애인 치과진료에 대한 가산금액은 제외한다)의 100분의 20에 입원기간 중 식대[입원환자의 식사의 질과 서비스에 영향을 미치는 부가적 요소에 드는 비용에 해당하는 가산금액(이하 "식대가산금액"이라 한다)을 포함한다. 이하 이 호, 제2호 및 제3호가목·나목·아목에서 같다]의 100분의 50을 더한 금액. 다만, 상급종합병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실·4인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실·4인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 50·100분의 40·100분의 30으로 하고, 종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 40·100분의 30으로 하며, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 100분의 10으로 한다.

2) 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에서 입원진료를 받는 사람 중 입원치료보다는 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 환자군에 해당하는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액

나. 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 의료장비·치료재료를 이용한 진료의 경우에는 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액

기관 종류	소재지	환자 구분	본인일부부담금
상급종합병원	모든 지역	일반환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 진찰료총액) × 60/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 40/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 20/100으로 한다.
		의약분업 예외환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 약값 총액 - 진찰료 총액) × 60/100 + 약값 총액 × 30/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100 + 약값 총액 × 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 20/100 + 약값 총액 × 21/100로 한다.

종합병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는

원			10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)

의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	모든 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
		의약분업예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30/100. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.

비고

1. 위 표에서 "의약분업 예외환자"란 「약사법」 제23조제4항제3호 중 조현병(調絃病) 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자, 같은 항 제4호 중 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1군감염병환자 및 같은 항 제8호 · 제9호에 해당하는 환자를 말한다. 다만, 제1호가목에 따라 요양급여비용 총액의 100분의 20을 적용받는 사람은 제외한다.

2. 위 표에서 "약값 총액"이란 요양기관이 해당 약제를 구입한 금액의 총액을 말한다.

3. 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 입원진료인 경우의 요양급여비용 총액은 의료장비를 이용한 비용의 총액으로 한정한다.

4. 요양기관의 외래진료를 통하여 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)하여야 하는 치료재료 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치료재료의 경우에는 해당 치료재료 비용 및 관련 행위(교체를 위한 직접적 행위에 한정한다. 이하 같다) 비용을 제외한 요양급여비용 총액을 위 표의 요양급여비용 총액으로 하여 위 표에 따라 산정한 금액에 해당 치료재료 비용 및 관련 행위 비용의 100분의 20(1세 미만 영유아의 경우에는 14/100)을 더한 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 제3호마목이 적용되는 중증질환자는 제외한다.

5. 보건복지부장관이 정하는 질병의 환자가 요양기관(의원으로 한정한다)에 보건복지부장관이 정하는 절차 또는 방법에 따라 외래진료를 지속적으로 받겠다는 의사를 표시한 경우에는 해당 질병에 대하여 그 다음 진료부터 (진찰료 총액 × 20/100) + [(요양급여비용 총액 - 진찰료 총액) × 30/100]에 해당하는 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.

6. 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다.

다. 약국 또는 한국희귀 · 필수의약품센터의 경우
1) 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 30(요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액). 다만, 제1호가목 중 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국희귀 · 필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 제외한다.
2) 「약사법」 제23조제3항제1호에 따라 의료기관이 없는 지역에서 조제하는 경우로서 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따르지 않고 의약품을 조제받은 경우에는 다음의 구분에 따라 산정한 금액
가) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40
나) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 금액
3) 1)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5 · 18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우는 제외한다]에는 다음의 금액
가) 상급종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 50

나) 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 40

2. 제1호에도 불구하고 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따라 계산한 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액을 부담한다. 이 경우 질병군 분류번호 결정 요령, 평균 입원 일수, 입원실 이용 비용 등 해당 질병군의 본인일부부담금 산정에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
가. 다음 계산식에 따라 계산한 금액과 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추가 산정액을 합한 금액의 100분의 20

[질병군별 기준 상대가치점수 + (입원 일수 - 질병군별 평균 입원 일수) × 질병군별 일당 상대가치점수] × 제21조제1항에 따라 정해진 상대가치점수의 점수당 단가

비고

1. 위 표에서 “질병군별 기준 상대가치점수”란 질병군별 평균 입원 일수만큼 입원했을 때 발생하는 입원 건당 상대가치점수를 말한다.

2. 위 표에서 “질병군별 일당 상대가치점수”란 입원 일수가 1일 증가함에 따라 추가되는 질병군별 상대가치점수를 말한다.

나. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원실을 이용한 경우에는 가목에 따라 계산한 금액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원료 계산식에 따라 계산한 금액을 더한 금액

다. 삭제

라. 가목 및 나목에도 불구하고 제1호나목에 따라 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우에는 가목 또는 나목에 따라 계산한 금액에 제1호나목 표의 구분에 따라 계산한 금액을 더한 금액

3. 제1호와 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 각 목에서 정하는 금액을 부담한다. 다만, 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우는 그 입원료에 한정하여 제1호가목1) 단서에서 정하는 금액을 부담한다.

가. 다음의 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 50

1) 자연분만에 대한 요양급여

2) 2세 미만 영유아 및 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 2세 이상 영유아에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여

3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵 질환을 가진 사람에 대하

여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
4) 「장기등 이식에 관한 법률」 제4조제2호에 따른 장기등기증자(뇌사자 또는 사망한 사람만 해당한다)의 장기등(같은 법 제4조제1호에 따른 장기등을 말한다) 적출에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
나. 다음의 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 요양급여비용 총액의 100분의 10에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
1) 삭제
2) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 고위험 임신부에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여
4) 삭제
다. 다음의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당하는 금액
1) 1세 이상 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과의원, 한의원 및 보건의료원에서 외래진료를 받는 경우
2) 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 외래진료를 받는 경우로서 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 제1호 나목 표에 따른 금액을 부담한다.
3) 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우

라. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환 또는 중증질환(이하 "희귀난치성질환등"이라 한다)을 가진 사람, 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동(이하 "희귀난치성질환자등"이라 한다) 중 해당 환자가 속한 세대(배우자를 포함한다)의 소득 및 재산을 더하여 계산한 가액(이하 "소득인정액"이라 한다)이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하이고, 희귀난치성질환자등의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자(이하 "부양의무자"라 한다)가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공단의 본인일부부담금 경감 인정 신청(이하 "경감인정신청"이라 한다)을 하여 그 경감 인정을 받은 사람 또는 희귀난치성질환자등 중 본인일부부담금의 경감이 필요하다고 보건복지부장관이 정하는 사람으로서 경감인정신청을 한 사람에 대한 요양급여의 경우에는 다음의 구분에 따라 계산한 금액. 이 경우 소득인정액 산정의 기준이 되는 세대의 범위, 소득 및 재산의 범위, 소득인정액 산정방법 등 소득인정액의 산정에 필요한 사항 및 부양의무자가 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우의 구체적인 기준은 보건복지부령으로 정한다.

1) 희귀난치성질환등을 가진 사람인 경우에는 입원기간 중 식대(식대 가산금액은 제외한다. 이하 이 목에서 같다)의 100분의 20
2) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동인 경우에는 다음 표에 해당하는 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 20을 더한 금액. 다만, 가목에 해당하거나 6세 미만 아동의 입원진료 또는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환으로 요양급여를 받는 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 20만을 부담한다.

기관 종류	구분	본인일부부담금

상급종합병원	외래진료 및 입원진료	요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10 나) 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다), 이 호 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목, 차목 또는 하목에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5 다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3 라) 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5	
종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	「의료급여법 시행령」 별표 1 제2호가목2)가)에 따른 만성질환자에 해당하는 사람이 그 만성질환에 대하여 외래진료를 받거나 해당 만성질환	「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	1,500원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음

	자가 나목2)(치매를 제외한다) 또는 마목에 따른 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우	그 밖의 외래진료	1,000원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음
	그 밖의 외래진료 및 입원진료	요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10 나) 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다), 이 호 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목, 차목 또는 하목에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5 다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3 라) 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5	

의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	외래진료	「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	1,500원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음
		그 밖의 외래진료	1,000원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음

	입원진료	요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10 나) 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목 또는 차목(입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5 다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3
보건소, 보건지소, 보건진료소	외래진료 및 입원진료	없음
약국, 한국희귀·필수의약품센터	「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 따르지 않고 직접 조제한 경우	900원

	보건소, 보건지소 및 보건진료소를 제외한 요양기관에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우	500원
	보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우	없음

비고
1.「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하거나 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하고 처방전을 함께 발급하는 경우에는 1,000원을 부담한다.
2. 외래진료로서 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장비를 이용한 진료에 대해서는 그 의료장비를 이용한 비용 총액의 100분의 14[나목2)(치매는 제외한다)에 따른 환자의 경우에는 100분의 10, 나목2)(치매만 해당한다), 마목, 하목 또는 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다)에 따른 환자 및 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 100분의 5]를 부담한다.
3. 제21조제3항제2호에 따른 질병군에 대한 입원 진료의 경우 본인일부부담금은 제2호가목, 나목 또는 라목에 따라 계산한 금액에 위 표의 해당 기관 종류별 입원진료에 해당하는 본인부담률을 곱한 금액으로 한다.
4. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 해당 입원료의 100분의 5를 부담한다.
5. 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다.

3) 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5
4) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 15
5) 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10
6) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20

7) 2)에도 불구하고 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료

를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동이 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5 · 18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우는 제외한다]에는 요양급여비용 총액의 100분의 3. 다만, 본인일부부담금이 500원 미만이 되는 경우에는 500원을 본인일부부담금으로 한다.

8) 삭제

9) 희귀난치성질환등을 가진 사람이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 30. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.

10) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만 아동이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 40. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.

마. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환자에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중

식대의 100분의 50을 더한 금액
바. 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 그 요양급여비용 총액의 100분의 30
사. 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30
아. 삭제
자. 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여[가목2) 및 라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다]를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
차. 18세 이하 아동의 치아홈메우기 외래진료 또는 16세 이상 18세 이하 아동의 치아홈메우기 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10
카. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 난임진료(인공수정 및 체외수정시술을 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30
타. 다음의 경우에는 본인일부부담금은 없는 것으로 한다.
1) 제25조제3항제1호에 따른 일반건강검진 결과에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환이나 질병에 대하여 추가적인 진료 또는 검사의 필요성이 인정되는 사람이 그 질환이나 질병에 대하여 일반건강검진을 받은 날이 속하는 연도의 다음 연도 1월 31일까지 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여(의원 및 병원만 해당하되, 결핵에 대한 진료 또는 검사의 경우에는 종합병원 및 상급종합병원도 해당한다)를 받는 경우
2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여를 받는 경우
3) 요양급여를 의뢰받은 요양기관이 환자의 상태가 호전됨에 따라 요

양급여를 의뢰한 요양기관 등으로 환자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 환자가 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여를 받는 경우

파. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대해 정신건강의학과 외래진료를 받은 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 다음 표에 따라 계산한 금액에 제1호나목에 따라 계산한 금액(다음 표에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용을 계산한 금액은 제외한다)을 더한 금액. 다만, 6세 미만의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률(제1호나목 및 다음 표에 따른 부담률을 말한다)의 100분의 70에 해당하는 금액으로 하고, 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액으로 한다.

기관 종류	본인일부부담금
상급종합병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 40/100
종합병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 30/100
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 20/100
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 10/100

하. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 조산아(早産兒)와 저체중 출생아의 외래진료(출생일부터 5년이 되는 날까지의 외래진료를 말한다)에 대한 요양급여로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5

1) 삭제

2) 삭제

3) 삭제

거. 가목1) · 2) · 3), 나목, 다목1), 마목, 자목 및 하목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관

이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 50. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.

너. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경증질환자가 상급종합병원에서 외래진료를 받는 경우에는 요양급여비용 총액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담률을 곱한 금액

더. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환자가 의원에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 외래진료를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 20(1세 이상 6세 미만의 아동은 해당 요양급여비용의 100분의 14). 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 사람이 외래진료를 받는 경우에는 제외한다.

1) 임신부

2) 1세 미만의 영유아

3) 65세 이상인 사람(해당 요양급여비용이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액 이하인 경우로 한정한다)

4) 희귀난치성질환등을 가진 사람

5) 소득인정액이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하인 사람으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건에 해당하는 사람

러. 나목, 다목, 라목2), 너목 및 더목에도 불구하고 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 감염병의 발생 · 유행 상황을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감염병환자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 요양급여를 받는 경우에는 다음의 구분에 따라 산정한 금액

1) 해당 요양급여비용 총액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담률을 곱한 금액

2) 1)에도 불구하고 소득인정액이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하에 해당하는 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건에 해당하는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는

금액

4. 제1호부터 제3호까지의 규정에도 불구하고 법 제41조의4 및 이 영 제18조의4에 따른 선별급여 항목의 경우에는 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 부담한다.

5. 제1호 및 제3호에도 불구하고 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원 및 같은 호 마목에 따른 정신병원 외의 요양기관에서 입원진료를 받는 경우로서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실에 16일 이상 연속하여 입원하는 환자의 경우에는 요양급여비용 총액 중 입원료에 한정하여 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 다만, 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우 및 질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

구분	본인일부부담금	
	입원일수 16일 이상 30일 이하	입원일수 31일 이상
가. 상급종합병원의 5인실 이상, 요양기관의 4인실 이상	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 25/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 30/100
나. 상급종합병원의 4인실, 종합병원 · 병원 · 한방병원의 3인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 35/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 40/100

다. 상급종합병원의 3인실, 종합병원 · 병원 · 한방병원의 2인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 45/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 50/100
라. 상급종합병원의 2인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 55/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 60/100

5의2. 제1호, 제3호(너목은 제외한다) 및 제4호에도 불구하고 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 사람은 그 초과 외래진료에 대한 요양급여비용 총액의 100분의 90을 부담한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그렇지 않다.

가. 「아동복지법」에 따른 아동

나. 「모자보건법」에 따른 임산부

다. 다음의 사람 중에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사람

1) 「장애인복지법」 제2조제2항에 따른 장애인

2) 희귀난치성질환등을 가진 사람

3) 제3호마목에 따른 중증질환자

4) 그 밖에 1)부터 3)까지의 규정에 준하는 사람으로서 불가피하게 연간 365회를 초과하는 외래진료가 필요한 사람

6. 제1호부터 제5호까지의 규정에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 항목의 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부령으로 정하는 금액을 부담한다.

가. 법 제53조제3항에 따라 급여가 제한되는 경우

나. 법 제54조제3호 및 제4호에 따라 급여가 정지되는 경우

다. 법 제109조제10항에 따라 공단이 보험급여를 하지 않는 경우

라. 「학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학교폭력 중 학생 간의 폭행에 의한 경우

마. 보험재정에 상당한 부담을 준다고 인정되는 경우

바. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우

② 본인일부부담금은 요양기관의 청구에 따라 요양급여를 받는 사람이 요양기관에 납부한다. 이 경우 요양기관은 법 제41조제3항 및 제4항에 따라 보건복지부령으로 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항 외에 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니 된다.
③ 법 제44조제2항제1호에 따른 본인일부부담금의 총액은 요양급여를 받는 사람이 연간 부담하는 본인일부부담금을 모두 더한 금액으로 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 본인일부부담금은 더하지 않는다.

1. 별표 2 제1호가목1)에 따라 상급종합병원 · 종합병원 · 병원 · 한방병원 · 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다) · 정신병원 일반입원실의 2인실 · 3인실 및 정신과 입원실의 2인실 · 3인실을 이용한 경우 그 입원료로 부담한 금액

1의2. 별표 2 제1호다목3)에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병을 주 질병 · 부상으로 상급종합병원에서 받은 외래진료에 대해 같은 표 제1호나목 또는 제3호너목에 따라 부담한 금액. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람이 부담한 금액은 제외한다.

가. 임신부

나. 6세 미만의 사람

다. 별표 2 제1호 나목에 따른 의약분업 예외환자

라. 별표 2 제3호카목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 난임진료를 받은 사람

마. 다음 법률 규정에 따라 의료지원을 받는 의료지원 대상자

1) 「5 · 18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」 제33조

2) 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제6조제2항

3) 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제41조

4) 「독립유공자예우에 관한 법률」 제17조

5) 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제50조

6) 「제대군인지원에 관한 법률」 제20조

7) 「참전유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 제7조

8) 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 제32조

2. 별표 2 제3호라목5) · 6) · 9) 및 10)에 따라 부담한 금액
3. 별표 2 제3호사목 및 거목에 따라 부담한 금액
4. 별표 2 제4호에 따라 부담한 금액
4의2. 별표 2 제5호의2에 따라 부담한 금액
5. 별표 2 제6호에 따라 부담한 금액

④ 법 제44조제2항 각 호 외의 부분 전단에 따른 본인부담상한액(이하 “본인부담상한액”이라 한다)은 별표 3의 산정방법에 따라 산정된 금액을 말한다.

⑤ 법 제44조제2항 각 호 외의 부분 후단에 따라 공단이 본인부담상한액을 넘는 금액을 지급하는 경우에는 당사자가 지정하는 예금계좌(「우체국예금 · 보험에 관한 법률」에 따른 체신관서 및 「은행법」에 따른 은행에서 개설된 예금계좌 등 보건복지부장관이 정하는 예금계좌를 말한다)로 지급해야 한다. 다만, 해당 예금계좌로 입금할 수 없는 불가피한 사유가 있는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 방법으로 지급할 수 있다.

⑥ 제2항 및 제5항에서 정한 사항 외에 본인일부부담금의 납부방법이나 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급방법 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

제32조(월별 보험료액의 상한과 하한)

법 제69조제6항에 따른 월별 보험료액의 상한 및 하한은 다음 각 호의 구분에 따른다.

1. 월별 보험료액의 상한은 다음 각 목과 같다.

가. 직장가입자의 보수월액보험료: 보험료가 부과되는 연도의 전전년도 직장가입자 평균 보수월액보험료(이하 이 조에서 “전전년도 평균 보수월액보험료”라 한다)의 30배에 해당하는 금액을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액

나. 직장가입자의 보수 외 소득월액보험료 및 지역가입자의 월별 보험료액: 보험료가 부과되는 연도의 전전년도 평균 보수월액보험료의 15배에 해당하는 금액을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액

2. 월별 보험료액의 하한은 다음 각 목과 같다.

가. 직장가입자의 보수월액보험료: 보험료가 부과되는 연도의 전 전년도 평균 보수월액보험료의 1천분의 50 이상 1천분의 85 미만의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액

나. 지역가입자의 월별 보험료액: 가목에 따른 보수월액보험료의 100분의 90 이상 100분의 100 이하의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액

[별표 3] 본인부담상한액의 산정방법(제19조제4항 관련)

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 “상한액기준보험료”라 한다)을 구간으로 구분하여 다음 각 목의 구분에 따른 금액으로 한다.

가. 2024년 본인부담상한액: 다음 표에 따른 금액

구분	상한액기준보험료 구간	120일 초과 입원	그 밖의 경우
지역가입자, 직장가입자 및 피부양자	1구간	138만원	87만원
	2구간	174만원	108만원
	3구간	235만원	167만원
	4구간	388만원	313만원
	5구간	557만원	428만원
	6구간	669만원	514만원
	7구간	1,050만원	808만원

비고: 위 표에서 “120일 초과 입원”이란 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 입원한 기간이 같은 연도에 120일을 초과하는 경우를 말한다.

나. 2025년 이후 본인부담상한액: 다음 계산식에 따른 금액

해당 연도 본인부담상한액 =전년도 본인부담상한액×(1+전국소비자물가변동률)
비고 1. 위 계산식에서 “본인부담상한액”이란 상한액기준보험료 구간별 금액을 말한다. 2. 위 계산식에서 “전국소비자물가변동률”이란 「통계법」에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 말하며, 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5로 한다. 3. 위 계산식에 따라 산정한 금액 중 1만원 미만의 금액은 버린다.

2. 제1호의 상한액기준보험료 구간은 다음 표와 같다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

구분	상한액기준보험료 구간	
지역가입자	1구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

	2구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

직장가입자 및 피부양자	1구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

	7구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

비고: 상한액기준보험료가 제32조제2호나목에 따른 월별 보험료액 하한 금액 이하인 지역가입자는 위 표에도 불구하고 1구간에 해당하는 것으로 본다.

제7관 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제5조의2(중증질환심의위원회)

① 중증환자에게 처방 · 투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다.

② 중증질환심의위원회는 보건의료분야에 관한 학식과 경험이 풍부한 45인 이내의 위원으로 구성하되, 중증질환심의위원회의 구성 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 건강보험심사평가원의 정관으로 정한다.

제9조(비급여대상)

① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)은 별표 2와 같다.

② 삭제

[별표2] 비급여대상(제9조제1항관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨

생식기 질환

라. 단순 코골음

마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)

바. 검열반 등 안과질환

사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환

2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술

마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술

바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료

아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료

3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)

나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거.

다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.

마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료

바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사

사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료

아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각 목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료

가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는
「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과병원	

「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	입원실 이용 비용
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료 기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용 비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실, 중환자실 및 임종실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우만 해당한다), 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원(종합병원은 제외한다), 아동 · 분만병원(분만병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 1 이상 확보할 것

(나) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우는 제외한다), 같은 항 제3호나목의 치과병원,

같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기 전문병원(종합병원만 해당한다) 및 아동 · 분만병원(아동병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(라) 「의료법」 제3조제2항제3호바목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실, 중환자실 및 임종실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우(격리치료 대상인 환자가 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 제외한다): 제8조제4항에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제25조에 따라 호스피스전문기

관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용

라. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제

자. 제8조에 따라 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제

카. 삭제

타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파. 삭제

하. 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성

을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.

거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제11항제2호에 따른 제한적 의료기술

너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위

더. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2에 따라 첨단재생의료 치료계획에 대한 첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 심의위원회의 심의 결과 적합 통보를 받은 첨단재생의료 치료

러. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제

6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약첩약 및 기성한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의

학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

제8관 금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “금융상품”이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

가. 「은행법」에 따른 예금 및 대출

나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자상품

다. 「보험업법」에 따른 보험상품

라. 「상호저축은행법」에 따른 예금 및 대출

마. 「여신전문금융업법」에 따른 신용카드, 시설대여, 연불판매, 할부금융

바. 그 밖에 가목부터 마목까지의 상품과 유사한 것으로서 대통령령으로 정하는 것

2. “금융상품판매업”이란 이익을 얻을 목적으로 계속적 또는 반복적인 방법으로 하는 행위로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 업(業)을 말한다. 다만, 해당 행위의 성격 및 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 금융상품판매업에서 제외할 필요가 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것은 제외한다.

가. 금융상품직접판매업: 자신이 직접 계약의 상대방으로서 금융상품에 관한 계약의 체결을 영업으로 하는 것 또는 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제6조제3항에 따른 투자중개업

나. 금융상품판매대리·중개업: 금융상품에 관한 계약의 체결을 대리하거나 중개하는 것을 영업으로 하는 것

3. “금융상품판매업자”란 금융상품판매업을 영위하는 자로서 대통령령으로 정하는 금융 관계 법률(이하 “금융관계법률”이라 한다)에서 금융상품판매업에 해당하는 업무에 대하여 인허가 또는 등록을 하도록 규정한 경우에 해당 법률에 따른 인허가를 받거나 등록을 한 자(금융

관계법률에서 금융상품판매업에 해당하는 업무에 대하여 해당 법률에 따른 인허가를 받거나 등록을 하지 아니하여도 그 업무를 영위할 수 있도록 규정한 경우에는 그 업무를 영위하는 자를 포함한다) 및 제12조제1항에 따라 금융상품판매업의 등록을 한 자를 말하며, 다음 각 목에 따라 구분한다.

가. 금융상품직접판매업자: 금융상품판매업자 중 금융상품직접판매업을 영위하는 자

나. 금융상품판매대리·중개업자: 금융상품판매업자 중 금융상품판매대리·중개업을 영위하는 자

4. "금융상품자문업"이란 이익을 얻을 목적으로 계속적 또는 반복적인 방법으로 금융상품의 가치 또는 취득과 처분결정에 관한 자문(이하 "금융상품자문"이라 한다)에 응하는 것을 말한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것은 제외한다.

가. 간행물·출판물·통신물 또는 방송 등을 통하여 개별 금융소비자를 상정하지 아니하고 다수인을 대상으로 일방적으로 이루어지는 조언을 하는 것. 다만, 본문의 조언과 관련하여 온라인상에서 일정한 대가를 지급한 고객과 의견을 교환할 수 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

나. 그 밖에 변호사, 변리사, 세무사가 해당 법률에 따라 자문업무를 수행하는 경우 등 해당 행위의 성격 및 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 금융상품자문업에서 제외할 필요가 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것

5. "금융상품자문업자"란 금융상품자문업을 영위하는 자로서 금융관계법률에서 금융상품자문업에 해당하는 업무에 대하여 인허가 또는 등록을 하도록 규정한 경우에 해당 법률에 따른 인허가를 받거나 등록을 한 자 및 제12조제1항에 따라 금융상품자문업의 등록을 한 자를 말한다.

6. "금융회사"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 회사를 말한다.

가. 「은행법」에 따른 은행(「중소기업은행법」 제3조제3항, 「한국산업은행법」 제3조제1항, 「신용협동조합법」 제6조제3항, 「농업협동조합법」 제161조의11제8항, 「수산업협동조합법」 제141조의4제2항, 「상호저축은행법」 제36조제4항에 따라 「은행법」의 적용을 받는 중소기업은

행, 한국산업은행, 신용협동조합중앙회의 신용사업 부문, 농협은행, 수협은행 및 상호저축은행중앙회를 포함한다. 이하 같다)

나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제8조에 따른 투자매매업자, 투자중개업자, 투자자문업자, 투자일임업자, 신탁업자 또는 같은 법 제336조에 따른 종합금융회사

다. 「보험업법」에 따른 보험회사(「농업협동조합법」 제161조의12제1항에 따른 농협생명보험 및 농협손해보험을 포함한다. 이하 같다)

라. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행

마. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사

바. 그 밖에 가목부터 마목까지의 자와 유사한 자로서 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 대통령령으로 정하는 자

7. "금융회사등"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

가. 금융회사

나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제51조제9항에 따른 투자권유대행인

다. 「보험업법」 제2조제9호에 따른 보험설계사

라. 「보험업법」 제2조제10호에 따른 보험대리점

마. 「보험업법」 제2조제11호에 따른 보험중개사

바. 「여신전문금융업법」 제2조제16호에 따른 겸영여신업자

사. 「여신전문금융업법」 제14조의2제1항제2호에 따른 모집인

아. 그 밖에 가목부터 사목까지의 자와 유사한 자로서 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 대통령령으로 정하는 자

8. "금융소비자"란 금융상품에 관한 계약의 체결 또는 계약 체결의 권유를 하거나 청약을 받는 것(이하 "금융상품계약체결등"이라 한다)에 관한 금융상품판매업자의 거래상대방 또는 금융상품자문업자의 자문업무의 상대방인 전문금융소비자 또는 일반금융소비자를 말한다.

9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하

“금융상품판매업자등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약 체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. “일반금융소비자”란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 총족하는 분쟁사건(이하 “소액분쟁사건”이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것

2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항 · 제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에

는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제9관 금융소비자 보호에 관한 법률 시행령

제38조(위법계약의 해지)
① 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 금융상품”이란 금융소비자와 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자 간 계속적 거래가 이루어지는 금융상품 중 금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품을 말한다.
② 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 기간”이란 금융소비자가 계약 체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내의 기간을 말한다. 이 경우 해당 기간은 계약체결일부터 5년 이내의 범위에 있어야 한다.
③ 금융소비자는 법 제47조제1항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우 금융위원회가 정하여 고시하는 해지요구서에 위반사항을 증명하는 서류를 첨부하여 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야 한다. 이 경우 「자동차손해배상 보장법」에 따른 책임보험에 대해 해지 요구를 할 때에는 동종의 다른 책임보험에 가입해 있어야 한다.
④ 법 제47조제2항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.
1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우

4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우

⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 해지요구권의 행사 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

제10관 노인장기요양보험법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “노인등”이란 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다.

2. “장기요양급여”란 제15조제2항에 따라 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자에게 신체활동·가사활동의 지원 또는 간병 등의 서비스나 이에 갈음하여 지급하는 현금 등을 말한다.

3. “장기요양사업”이란 장기요양보험료, 국가 및 지방자치단체의 부담금 등을 재원으로 하여 노인등에게 장기요양급여를 제공하는 사업을 말한다.

4. “장기요양기관”이란 제31조에 따른 지정을 받은 기관으로서 장기요양급여를 제공하는 기관을 말한다.

5. “장기요양요원”이란 장기요양기관에 소속되어 노인등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 업무를 수행하는 자를 말한다.

제15조(등급판정 등)

① 공단은 제14조에 따른 조사가 완료된 때 조사결과서, 신청서, 의사소견서, 그 밖에 심의에 필요한 자료를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.

② 등급판정위원회는 신청인이 제12조의 신청자격요건을 충족하고 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우

심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 수급자로 판정한다.
③ 등급판정위원회는 제2항에 따라 심의·판정을 하는 때 신청인과 그 가족, 의사소견서를 발급한 의사 등 관계인의 의견을 들을 수 있다.
④ 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 의심되는 경우에는 제14조제1항 각 호의 사항을 조사하여 그 결과를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.
1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우
2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우
⑤ 등급판정위원회는 제4항에 따라 제출된 조사 결과를 토대로 제2항에 따라 다시 수급자 등급을 조정하고 수급자 여부를 판정할 수 있다.

제23조(장기요양급여의 종류)
① 이 법에 따른 장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다.
1. 재가급여
가. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
나. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
다. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
라. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
마. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
바. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기

능의 유지 · 향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

2. 시설급여 : 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지 · 향상을 위한 교육 · 훈련 등을 제공하는 장기요양급여

3. 특별현금급여

가. 가족요양비 : 제24조에 따라 지급하는 가족장기요양급여

나. 특례요양비 : 제25조에 따라 지급하는 특례장기요양급여

다. 요양병원간병비 : 제26조에 따라 지급하는 요양병원장기요양급여

② 제1항제1호 및 제2호에 따라 장기요양급여를 제공할 수 있는 장기요양기관의 종류 및 기준과 장기요양급여 종류별 장기요양요원의 범위 · 업무 · 보수교육 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

③ 장기요양급여의 제공 기준 · 절차 · 방법 · 범위, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

④ 제3항에 따라 통합재가서비스를 제공하는 장기요양기관은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

⑤ 장기요양급여의 제공 기준·절차·방법·범위, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제29조(장기요양급여의 제한)

① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.

② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.

③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요

한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제11관 노인장기요양보험법 시행령

제2조(노인성 질병)
「노인장기요양보험법」(이하 “법”이라 한다) 제2조제1호에서 “대통령령으로 정하는 노인성 질병”이란 별표 1에 따른 질병을 말한다.

[별표1] 노인성 질병의 종류(제2조관련)

구분	질병명	질병코드
한국표준질병 · 사인분류	가. 알츠하이머병에서의 치매	F00*
	나. 혈관성 치매	F01
	다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02*
	라. 상세불명의 치매	F03
	마. 알츠하이머병	G30
	바. 지주막하출혈	I60
	사. 뇌내출혈	I61
	아. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	자. 뇌경색증	I63
	차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65

	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	파. 기타 뇌혈관질환	I67
	하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
	거. 뇌혈관질환의 후유증	I69
	너. 파킨슨병	G20
	더. 이차성 파킨슨증	G21
	러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22*
	머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
	버. 중풍후유증	U23.4
	서. 진전(震顫)	R25.1
	척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
	달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13*
	다발경화증	G35

비고

1. 질병명 및 질병코드는 「통계법」 제22조에 따라 고시된 한국표준질병 · 사인분류에 따른다.
2. 진전은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 한다.

제12관 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

제15조(보건진료소의 설치 · 운영)
① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍 · 면 지역에서 보건진료소를 설치 · 운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치 · 운영한다. 다만, 시 · 구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장 · 구청장이 보건진료소를 설치 · 운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.
② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.
③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

제13관 도로교통법

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. “도로”란 다음 각 목에 해당하는 곳을 말한다.
가. 「도로법」에 따른 도로
나. 「유료도로법」에 따른 유료도로
다. 「농어촌도로 정비법」에 따른 농어촌도로
라. 그 밖에 현실적으로 불특정 다수의 사람 또는 차마(車馬)가 통행할 수 있도록 공개된 장소로서 안전하고 원활한 교통을 확보할 필요가 있는 장소
2. “자동차전용도로”란 자동차만 다닐 수 있도록 설치된 도로를 말한다.
3. “고속도로”란 자동차의 고속 운행에만 사용하기 위하여 지정된 도로를 말한다.
4. “차도”(車道)란 연석선(차도와 보도를 구분하는 돌 등으로 이어진

선을 말한다. 이하 같다), 안전표지 또는 그와 비슷한 인공구조물을 이용하여 경계(境界)를 표시하여 모든 차가 통행할 수 있도록 설치된 도로의 부분을 말한다.

5. “중앙선”이란 차마의 통행 방향을 명확하게 구분하기 위하여 도로에 황색 실선(實線)이나 황색 점선 등의 안전표지로 표시한 선 또는 중앙분리대나 울타리 등으로 설치한 시설물을 말한다. 다만, 제14조제1항 후단에 따라 가변차로(可變車路)가 설치된 경우에는 신호기가 지시하는 진행방향의 가장 왼쪽에 있는 황색 점선을 말한다.

6. “차로”란 차마가 한 줄로 도로의 정하여진 부분을 통행하도록 차선(車線)으로 구분한 차도의 부분을 말한다.

7. “차선”이란 차로와 차로를 구분하기 위하여 그 경계지점을 안전표지로 표시한 선을 말한다.

7의2. “노면전차 전용로”란 도로에서 궤도를 설치하고, 안전표지 또는 인공구조물로 경계를 표시하여 설치한 「도시철도법」 제18조의2제1항 각 호에 따른 도로 또는 차로를 말한다.

8. “자전거도로”란 안전표지, 위험방지용 울타리나 그와 비슷한 인공구조물로 경계를 표시하여 자전거 및 개인형 이동장치가 통행할 수 있도록 설치된 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제3조 각 호의 도로를 말한다.

9. “자전거횡단도”란 자전거 및 개인형 이동장치가 일반도로를 횡단할 수 있도록 안전표지로 표시한 도로의 부분을 말한다.

10. “보도”(步道)란 연석선, 안전표지나 그와 비슷한 인공구조물로 경계를 표시하여 보행자(유모차, 보행보조용 의자차, 노약자용 보행기 등 행정안전부령으로 정하는 기구 · 장치를 이용하여 통행하는 사람 및 제21호의3에 따른 실외이동로봇을 포함한다. 이하 같다)가 통행할 수 있도록 한 도로의 부분을 말한다.

11. “길가장자리구역”이란 보도와 차도가 구분되지 아니한 도로에서 보행자의 안전을 확보하기 위하여 안전표지 등으로 경계를 표시한 도로의 가장자리 부분을 말한다.

12. “횡단보도”란 보행자가 도로를 횡단할 수 있도록 안전표지로 표시한 도로의 부분을 말한다.

13. “교차로”란 ‘십’자로, ‘T’자로나 그 밖에 둘 이상의 도로(보도와 차

도가 구분되어 있는 도로에서는 차도를 말한다)가 교차하는 부분을 말한다.

13의2. “회전교차로”란 교차로 중 차마가 원형의 교통섬(차마의 안전하고 원활한 교통처리나 보행자 도로횡단의 안전을 확보하기 위하여 교차로 또는 차도의 분기점 등에 설치하는 섬 모양의 시설을 말한다)을 중심으로 반시계방향으로 통행하도록 한 원형의 도로를 말한다.

14. “안전지대”란 도로를 횡단하는 보행자나 통행하는 차마의 안전을 위하여 안전표지나 이와 비슷한 인공구조물로 표시한 도로의 부분을 말한다.

15. “신호기”란 도로교통에서 문자 · 기호 또는 등화(燈火)를 사용하여 진행 · 정지 · 방향전환 · 주의 등의 신호를 표시하기 위하여 사람이나 전기의 힘으로 조작하는 장치를 말한다.

16. “안전표지”란 교통안전에 필요한 주의 · 규제 · 지시 등을 표시하는 표지판이나 도로의 바닥에 표시하는 기호 · 문자 또는 선 등을 말한다.

17. “차마”란 다음 각 목의 차와 우마를 말한다.

가. “차”란 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

1) 자동차

2) 건설기계

3) 원동기장치자전거

4) 자전거

5) 사람 또는 가축의 힘이나 그 밖의 동력(動力)으로 도로에서 운전되는 것. 다만, 철길이나 가설(架設)된 선을 이용하여 운전되는 것, 유모차, 보행보조용 의자차, 노약자용 보행기, 제21호의3에 따른 실외이동로봇 등 행정안전부령으로 정하는 기구 · 장치는 제외한다.

나. “우마”란 교통이나 운수(運輸)에 사용되는 가축을 말한다.

17의2. “노면전차”란 「도시철도법」 제2조제2호에 따른 노면전차로서 도로에서 궤도를 이용하여 운행되는 차를 말한다.

18. “자동차”란 철길이나 가설된 선을 이용하지 아니하고 원동기를 사용하여 운전되는 차(견인되는 자동차도 자동차의 일부로 본다)로서 다음 각 목의 차를 말한다.

가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 다음의 자동차. 다만, 원동기장

치자전거는 제외한다.

1) 승용자동차
2) 승합자동차
3) 화물자동차
4) 특수자동차
5) 이륜자동차

나.「건설기계관리법」제26조제1항 단서에 따른 건설기계

18의2. “자율주행시스템”이란「자율주행자동차 상용화 촉진 및 지원에 관한 법률」제2조제1항제2호에 따른 자율주행시스템을 말한다. 이 경우 그 종류는 완전 자율주행시스템, 부분 자율주행시스템 등 행정안전부령으로 정하는 바에 따라 세분할 수 있다.

18의3. “자율주행자동차”란「자동차관리법」제2조제1호의3에 따른 자율주행자동차로서 자율주행시스템을 갖추고 있는 자동차를 말한다.

19. “원동기장치자전거”란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.

가.「자동차관리법」제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 이륜자동차

나. 그 밖에 배기량 125시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」제2조제1호의2에 따른 전기자전거 및 제21호의3에 따른 실외이동로봇은 제외한다)

19의2. “개인형 이동장치”란 제19호나목의 원동기장치자전거 중 시속 25킬로미터 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 아니하고 차체 중량이 30킬로그램 미만인 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.

20. “자전거”란「자전거 이용 활성화에 관한 법률」제2조제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말한다.

21. “자동차등”이란 자동차와 원동기장치자전거를 말한다.

21의2. “자전거등”이란 자전거와 개인형 이동장치를 말한다.

21의3. “실외이동로봇”이란「지능형 로봇 개발 및 보급 촉진법」제2조제1호에 따른 지능형 로봇 중 행정안전부령으로 정하는 것을 말한

다.

22. “긴급자동차”란 다음 각 목의 자동차로서 그 본래의 긴급한 용도로 사용되고 있는 자동차를 말한다.

가. 소방차

나. 구급차

다. 혈액 공급차량

라. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자동차

23. “어린이통학버스”란 다음 각 목의 시설 가운데 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)를 교육 대상으로 하는 시설에서 어린이의 통학 등(현장체험학습 등 비상시적으로 이루어지는 교육활동을 위한 이동을 제외한다)에 이용되는 자동차와 「여객자동차 운수사업법」 제4조제3항에 따른 여객자동차운송사업의 한정면허를 받아 어린이를 여객대상으로 하여 운행되는 운송사업용 자동차를 말한다.

가. 「유아교육법」에 따른 유치원 및 유아교육진흥원, 「초·중등교육법」에 따른 초등학교, 특수학교, 대안학교 및 외국인학교

나. 「영유아보육법」에 따른 어린이집

다. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」에 따라 설립된 학원 및 교습소

라. 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」에 따라 설립된 체육시설

마. 「아동복지법」에 따른 아동복지시설(아동보호전문기관은 제외한다)

바. 「청소년활동 진흥법」에 따른 청소년수련시설

사. 「장애인복지법」에 따른 장애인복지시설(장애인 직업재활시설은 제외한다)

아. 「도서관법」에 따른 공공도서관

자. 「평생교육법」에 따른 시·도평생교육진흥원 및 시·군·구평생학습관

차. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설 및 사회복지관

24. “주차”란 운전자가 승객을 기다리거나 화물을 싣거나 차가 고장나거나 그 밖의 사유로 차를 계속 정지 상태에 두는 것 또는 운전자가 차에서 떠나서 즉시 그 차를 운전할 수 없는 상태에 두는 것을 말

한다.

25. “정차”란 운전자가 5분을 초과하지 아니하고 차를 정지시키는 것으로서 주차 외의 정지 상태를 말한다.

26. “운전”이란 도로(제27조제6항제3호 · 제44조 · 제45조 · 제54조제1항 · 제148조 · 제148조의2 및 제156조제10호의 경우에는 도로 외의 곳을 포함한다)에서 차마 또는 노면전차를 그 본래의 사용방법에 따라 사용하는 것(조종 또는 자율주행시스템을 사용하는 것을 포함한다)을 말한다.

27. “초보운전자”란 처음 운전면허를 받은 날(처음 운전면허를 받은 날부터 2년이 지나기 전에 운전면허의 취소처분을 받은 경우에는 그 후 다시 운전면허를 받은 날을 말한다)부터 2년이 지나지 아니한 사람을 말한다. 이 경우 원동기장치자전거면허만 받은 사람이 원동기장치자전거면허 외의 운전면허를 받은 경우에는 처음 운전면허를 받은 것으로 본다.

28. “서행”(徐行)이란 운전자가 차 또는 노면전차를 즉시 정지시킬 수 있는 정도의 느린 속도로 진행하는 것을 말한다.

29. “앞지르기”란 차의 운전자가 앞서가는 다른 차의 옆을 지나서 그 차의 앞으로 나가는 것을 말한다.

30. “일시정지”란 차 또는 노면전차의 운전자가 그 차 또는 노면전차의 바퀴를 일시적으로 완전히 정지시키는 것을 말한다.

31. “보행자전용도로”란 보행자만 다닐 수 있도록 안전표지나 그와 비슷한 인공구조물로 표시한 도로를 말한다.

31의2. “보행자우선도로”란 「보행안전 및 편의증진에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 보행자우선도로를 말한다.

32. “자동차운전학원”이란 자동차등의 운전에 관한 지식 · 기능을 교육하는 시설로서 다음 각 목의 시설 외의 시설을 말한다.

가. 교육 관계 법령에 따른 학교에서 소속 학생 및 교직원의 연수를 위하여 설치한 시설

나. 사업장 등의 시설로서 소속 직원의 연수를 위한 시설

다. 전산장치에 의한 모의운전 연습시설

라. 지방자치단체 등이 신체장애인의 운전교육을 위하여 설치하는 시설 가운데 시 · 도경찰청장이 인정하는 시설

마. 대가(代價)를 받지 아니하고 운전교육을 하는 시설

바. 운전면허를 받은 사람을 대상으로 다양한 운전경험을 체험할 수 있도록 하기 위하여 도로가 아닌 장소에서 운전교육을 하는 시설

33. “모범운전자”란 제146조에 따라 무사고운전자 또는 유공운전자의 표시장을 받거나 2년 이상 사업용 자동차 운전에 종사하면서 교통사고를 일으킨 전력이 없는 사람으로서 경찰청장이 정하는 바에 따라 선발되어 교통안전 봉사활동에 종사하는 사람을 말한다.

34. “음주운전 방지장치”란 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하려는 경우 시동이 걸리지 아니하도록 하는 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.

제12조(어린이 보호구역의 지정 · 해제 및 관리)

① 시장등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설이나 장소의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이 보호구역으로 지정하여 자동차등과 노면전차의 통행속도를 시속 30킬로미터 이내로 제한할 수 있다.

1. 「유아교육법」 제2조에 따른 유치원, 「초 · 중등교육법」 제38조 및 제55조에 따른 초등학교 또는 특수학교

2. 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집 가운데 행정안전부령으로 정하는 어린이집

3. 「학원의 설립 · 운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조에 따른 학원 가운데 행정안전부령으로 정하는 학원

4. 「초 · 중등교육법」 제60조의2 또는 제60조의3에 따른 외국인학교 또는 대안학교, 「대안교육기관에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 대안교육기관, 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제223조에 따른 국제학교 및 「경제자유구역 및 제주국제자유도시의 외국교육기관 설립 · 운영에 관한 특별법」 제2조제2호에 따른 외국교육기관 중 유치원 · 초등학교 교과과정이 있는 학교

5. 그 밖에 어린이가 자주 왕래하는 곳으로서 조례로 정하는 시설 또는 장소

② 제1항에 따른 어린이 보호구역의 지정 · 해제 절차 및 기준 등에

관하여 필요한 사항은 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정한다.
③ 차마 또는 노면전차의 운전자는 어린이 보호구역에서 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운행하여야 한다.
④ 시·도경찰청장, 경찰서장 또는 시장등은 제3항을 위반하는 행위 등의 단속을 위하여 어린이 보호구역의 도로 중에서 행정안전부령으로 정하는 곳에 우선적으로 제4조의2에 따른 무인 교통단속용 장비를 설치하여야 한다.
⑤ 시장등은 제1항에 따라 지정한 어린이 보호구역에 어린이의 안전을 위하여 다음 각 호에 따른 시설 또는 장비를 우선적으로 설치하거나 관할 도로관리청에 해당 시설 또는 장비의 설치를 요청하여야 한다.
1. 어린이 보호구역으로 지정한 시설의 주 출입문과 가장 가까운 거리에 있는 간선도로상 횡단보도의 신호기
2. 속도 제한, 횡단보도, 기점(起點) 및 종점(終點)에 관한 안전표지
3.「도로법」제2조제2호에 따른 도로의 부속물 중 과속방지시설 및 차마의 미끄럼을 방지하기 위한 시설
3의2. 방호울타리
4. 그 밖에 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정하는 시설 또는 장비

제14관 모자보건법

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. “임산부”란 임신 중이거나 분만 후 6개월 미만인 여성을 말한다.
2. “모성”이란 임산부와 가임기(可姙期) 여성을 말한다.
3. “영유아”란 출생 후 6년 미만인 사람을 말한다.
4. “신생아”란 출생 후 28일 이내의 영유아를 말한다.
5. “미숙아(未熟兒)”란 신체의 발육이 미숙한 채로 출생한 영유아로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 영유아를 말한다.

6. “선천성이상아(先天性異常兒)”란 선천성 기형(奇形) 또는 변형(變形)이 있거나 염색체에 이상이 있는 영유아로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 영유아를 말한다.

7. “인공임신중절수술”이란 태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술을 말한다.

8. “모자보건사업”이란 모성과 영유아에게 전문적인 보건의료서비스 및 그와 관련된 정보를 제공하고, 모성의 생식건강(生殖健康) 관리와 임신 · 출산 · 양육 지원을 통하여 이들이 신체적 · 정신적 · 사회적으로 건강을 유지하게 하는 사업을 말한다.

9. 삭제

10. “산후조리업(産後調理業)”이란 산후조리 및 요양 등에 필요한 인력과 시설을 갖춘 곳(이하 “산후조리원”이라 한다)에서 분만 직후의 임산부나 출생 직후의 영유아에게 급식 · 요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 업(業)을 말한다.

11. “난임(難姙)”이란 부부(사실상의 혼인관계에 있는 경우를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)가 피임을 하지 아니한 상태에서 부부간 정상적인 성생활을 하고 있음에도 불구하고 1년이 지나도 임신이 되지 아니하는 상태를 말한다.

12. “보조생식술”이란 임신을 목적으로 자연적인 생식과정에 인위적으로 개입하는 의료행위로서 인간의 정자와 난자의 채취 등 보건복지부령으로 정하는 시술을 말한다.

제14조(인공임신중절수술의 허용한계)

① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.

1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우

2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우

3. 강간 또는 준강간(準强姦)에 의하여 임신된 경우

4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우
5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우

② 제1항의 경우에 배우자의 사망 · 실종 · 행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로 그 수술을 할 수 있다.

③ 제1항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.

제15관 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 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제32조(비영리법인의 설립과 허가)

학술, 종교, 자선, 기예, 사교 기타 영리아닌 사업을 목적으로 하는 사단 또는 재단은 주무관청의 허가를 얻어 이를 법인으로 할 수 있다.

제1000조(상속의 순위)

① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
1. 피상속인의 직계비속
2. 피상속인의 직계존속
3. 피상속인의 형제자매
4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위

로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

제16관 보험업법

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
(생략)
14. “총자산”이란 재무상태표에 표시된 자산에서 영업권 등 대통령령으로 정하는 자산을 제외한 것을 말한다.
(생략)
19. “전문보험계약자”란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.
    가. 국가
    나. 한국은행
    다. 대통령령으로 정하는 금융기관
    라. 주권상장법인
    마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자
20. “일반보험계약자”란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

제108조(특별계정의 설정·운용)
① 보험회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 준비금에 상당하는 자산의 전부 또는 일부를 그 밖의 자산과 구별하여 이용하기 위한 계정(이하 “특별계정”이라 한다)을 각각 설정하여 운용할 수 있다.
1.「소득세법」 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에 따른 연금

저축계좌를 설정하는 계약
2. 「근로자퇴직급여 보장법」 제29조제2항에 따른 보험계약 및 법률 제10967호 근로자퇴직급여 보장법 전부개정법률 부칙 제2조제1항 본문에 따른 퇴직보험계약
3. 변액보험계약(보험금이 자산운용의 성과에 따라 변동하는 보험계약을 말한다)
4. 그 밖에 금융위원회가 필요하다고 인정하는 보험계약
② 보험회사는 특별계정에 속하는 자산은 다른 특별계정에 속하는 자산 및 그 밖의 자산과 구분하여 회계처리하여야 한다.
③ 보험회사는 특별계정에 속하는 이익을 그 계정상의 보험계약자에게 분배할 수 있다.
④ 특별계정에 속하는 자산의 운용방법 및 평가, 이익의 분배, 자산운용실적의 비교 · 공시, 운용전문인력의 확보, 의결권 행사의 제한 등 보험계약자 보호에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제17관 보험업법시행령

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)
① 법 제2조제19호 각 목 외의 부분 단서에서 “대통령령으로 정하는 자”란 다음 각 호의 자를 말한다.
1. 지방자치단체
2. 주권상장법인
3. 제2항제15호에 해당하는 자
4. 제3항제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자
② 법 제2조제19호다목에서 “대통령령으로 정하는 금융기관”이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.
1. 보험회사
2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회

6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
10. 「은행법」에 따른 은행
11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제22조에 따른 겸영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사
12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
15. 제1호부터 제14호까지의 기관에 준하는 외국금융기관

③ 법 제2조제19호마목에서 “대통령령으로 정하는 자”란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자
3. 법 제175조에 따른 보험협회(이하 “보험협회”라 한다), 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관(이하 “보험요율 산출기관”이라 한다) 및 법 제178조에 따른 보험 관계 단체
4. 「한국자산관리공사 설립 등에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 “금융감독원”이라 한다)
6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라 허가를 받은 거래소(이하 “거래소”라 한다)
8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
11. 삭제

12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리 · 운용하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
가. 외국 정부
나. 조약에 따라 설립된 국제기구
다. 외국 중앙은행
라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

제18관 산업재해보상보험법

제5조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. “업무상의 재해”란 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상 · 질병 · 장해 또는 사망을 말한다.
2. “근로자” · “임금” · “평균임금” · “통상임금”이란 각각 「근로기준법」에 따른 “근로자” · “임금” · “평균임금” · “통상임금”을 말한다. 다만, 「근로기준법」에 따라 “임금” 또는 “평균임금”을 결정하기 어렵다고 인정되면 고용노동부장관이 정하여 고시하는 금액을 해당 “임금” 또는 “평균임금”으로 한다.
3. “유족”이란 사망한 사람의 배우자(사실상 혼인 관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다) · 자녀 · 부모 · 손자녀 · 조부모 또는 형제자매를 말한다.
4. “치유”란 부상 또는 질병이 완치되거나 치료의 효과를 더 이상 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에 이르게 된 것을 말한다.

5. “장해”란 부상 또는 질병이 치유되었으나 정신적 또는 육체적 훼손으로 인하여 노동능력이 상실되거나 감소된 상태를 말한다.

6. “중증요양상태”란 업무상의 부상 또는 질병에 따른 정신적 또는 육체적 훼손으로 노동능력이 상실되거나 감소된 상태로서 그 부상 또는 질병이 치유되지 아니한 상태를 말한다.

7. “진폐”(塵肺)란 분진을 흡입하여 폐에 생기는 섬유증식성(纖維增殖性) 변화를 주된 증상으로 하는 질병을 말한다.

8. “출퇴근”이란 취업과 관련하여 주거와 취업장소 사이의 이동 또는 한 취업장소에서 다른 취업장소로의 이동을 말한다.

제37조(업무상의 재해의 인정 기준)

① 근로자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 부상 · 질병 또는 장해가 발생하거나 사망하면 업무상의 재해로 본다. 다만, 업무와 재해 사이에 상당인과관계(相當因果關係)가 없는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 업무상 사고

가. 근로자가 근로계약에 따른 업무나 그에 따르는 행위를 하던 중 발생한 사고

나. 사업주가 제공한 시설물 등을 이용하던 중 그 시설물 등의 결함이나 관리소홀로 발생한 사고

다. 삭제

라. 사업주가 주관하거나 사업주의 지시에 따라 참여한 행사나 행사준비 중에 발생한 사고

마. 휴게시간 중 사업주의 지배관리하에 있다고 볼 수 있는 행위로 발생한 사고

바. 그 밖에 업무와 관련하여 발생한 사고

2. 업무상 질병

가. 업무수행 과정에서 물리적 인자(因子), 화학물질, 분진, 병원체, 신체에 부담을 주는 업무 등 근로자의 건강에 장해를 일으킬 수 있는 요인을 취급하거나 그에 노출되어 발생한 질병

나. 업무상 부상이 원인이 되어 발생한 질병

다. 「근로기준법」 제76조의2에 따른 직장 내 괴롭힘, 고객의 폭언

등으로 인한 업무상 정신적 스트레스가 원인이 되어 발생한 질병

라. 그 밖에 업무와 관련하여 발생한 질병

3. 출퇴근 재해

가. 사업주가 제공한 교통수단이나 그에 준하는 교통수단을 이용하는 등 사업주의 지배관리하에서 출퇴근하는 중 발생한 사고

나. 그 밖에 통상적인 경로와 방법으로 출퇴근하는 중 발생한 사고

② 근로자의 고의 · 자해행위나 범죄행위 또는 그것이 원인이 되어 발생한 부상 · 질병 · 장해 또는 사망은 업무상의 재해로 보지 아니한다. 다만, 그 부상 · 질병 · 장해 또는 사망이 정상적인 인식능력 등이 뚜렷하게 낮아진 상태에서 한 행위로 발생한 경우로서 대통령령으로 정하는 사유가 있으면 업무상의 재해로 본다.

③ 제1항제3호나목의 사고 중에서 출퇴근 경로 일탈 또는 중단이 있는 경우에는 해당 일탈 또는 중단 중의 사고 및 그 후의 이동 중의 사고에 대하여는 출퇴근 재해로 보지 아니한다. 다만, 일탈 또는 중단이 일상생활에 필요한 행위로서 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 출퇴근 재해로 본다.

④ 출퇴근 경로와 방법이 일정하지 아니한 직종으로 대통령령으로 정하는 경우에는 제1항제3호나목에 따른 출퇴근 재해를 적용하지 아니한다.

⑤ 업무상의 재해의 구체적인 인정 기준은 대통령령으로 정한다.

제19관 산업재해보상보험법 시행령

제27조(업무수행 중의 사고)

① 근로자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하던 중에 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호가목에 따른 업무상 사고로 본다.

1. 근로계약에 따른 업무수행 행위
2. 업무수행 과정에서 하는 용변 등 생리적 필요 행위
3. 업무를 준비하거나 마무리하는 행위, 그 밖에 업무에 따르는 필요적 부수행위

4. 천재지변 · 화재 등 사업장 내에 발생한 돌발적인 사고에 따른 긴급피난 · 구조행위 등 사회통념상 예견되는 행위

② 근로자가 사업주의 지시를 받아 사업장 밖에서 업무를 수행하던 중에 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호가목에 따른 업무상 사고로 본다. 다만, 사업주의 구체적인 지시를 위반한 행위, 근로자의 사적(私的) 행위 또는 정상적인 출장 경로를 벗어났을 때 발생한 사고는 업무상 사고로 보지 않는다.

③ 업무의 성질상 업무수행 장소가 정해져 있지 않은 근로자가 최초로 업무수행 장소에 도착하여 업무를 시작한 때부터 최후로 업무를 완수한 후 퇴근하기 전까지 업무와 관련하여 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호가목에 따른 업무상 사고로 본다.

제28조(시설물 등의 결함 등에 따른 사고)

① 사업주가 제공한 시설물, 장비 또는 차량 등(이하 이 조에서 “시설물등”이라 한다)의 결함이나 사업주의 관리 소홀로 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호나목에 따른 업무상 사고로 본다.

② 사업주가 제공한 시설물등을 사업주의 구체적인 지시를 위반하여 이용한 행위로 발생한 사고와 그 시설물등의 관리 또는 이용권이 근로자의 전속적 권한에 속하는 경우에 그 관리 또는 이용 중에 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호나목에 따른 업무상 사고로 보지 않는다.

제30조(행사 중의 사고)

운동경기 · 야유회 · 등산대회 등 각종 행사(이하 “행사”라 한다)에 근로자가 참가하는 것이 사회통념상 노무관리 또는 사업운영상 필요하다고 인정되는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 근로자가 그 행사에 참가(행사 참가를 위한 준비 · 연습을 포함한다)하여 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호라목에 따른 업무상 사고로 본다.

1. 사업주가 행사에 참가한 근로자에 대하여 행사에 참가한 시간을 근무한 시간으로 인정하는 경우
2. 사업주가 그 근로자에게 행사에 참가하도록 지시한 경우
3. 사전에 사업주의 승인을 받아 행사에 참가한 경우

4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 규정에 준하는 경우로서 사업주가 그 근로자의 행사 참가를 통상적 · 관례적으로 인정한 경우

제31조(특수한 장소에서의 사고)
사회통념상 근로자가 사업장 내에서 할 수 있다고 인정되는 행위를 하던 중 태풍 · 홍수 · 지진 · 눈사태 등의 천재지변이나 돌발적인 사태로 발생한 사고는 근로자의 사적 행위, 업무 이탈 등 업무와 관계없는 행위를 하던 중에 사고가 발생한 것이 명백한 경우를 제외하고는 법 제37조제1항제1호바목에 따른 업무상 사고로 본다.

제32조(요양 중의 사고)
업무상 부상 또는 질병으로 요양을 하고 있는 근로자에게 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사고가 발생하면 법 제37조제1항제1호바목에 따른 업무상 사고로 본다.

1. 요양급여와 관련하여 발생한 의료사고
2. 요양 중인 산재보험 의료기관(산재보험 의료기관이 아닌 의료기관에서 응급진료 등을 받는 경우에는 그 의료기관을 말한다. 이하 이 조에서 같다) 내에서 업무상 부상 또는 질병의 요양과 관련하여 발생한 사고
3. 업무상 부상 또는 질병의 치료를 위하여 거주지 또는 근무지에서 요양 중인 산재보험 의료기관으로 통원하는 과정에서 발생한 사고

제33조(제3자의 행위에 따른 사고)
제3자의 행위로 근로자에게 사고가 발생한 경우에 그 근로자가 담당한 업무가 사회통념상 제3자의 가해행위를 유발할 수 있는 성질의 업무라고 인정되면 그 사고는 법 제37조제1항제1호바목에 따른 업무상 사고로 본다.

제34조(업무상 질병의 인정기준)
① 근로자가 「근로기준법 시행령」제44조제1항 및 같은 법 시행령 별표 5의 업무상 질병의 범위에 속하는 질병에 걸린 경우(임신 중인 근로자가 유산 · 사산 또는 조산한 경우를 포함한다. 이하 이 조에서 같

다) 다음 각 호의 요건 모두에 해당하면 법 제37조제1항제2호가목에 따른 업무상 질병으로 본다.

1. 근로자가 업무수행 과정에서 유해 · 위험요인을 취급하거나 유해 · 위험요인에 노출된 경력이 있을 것

2. 유해 · 위험요인을 취급하거나 유해 · 위험요인에 노출되는 업무 시간, 그 업무에 종사한 기간 및 업무 환경 등에 비추어 볼 때 근로자의 질병을 유발할 수 있다고 인정될 것

3. 근로자가 유해 · 위험요인에 노출되거나 유해 · 위험요인을 취급한 것이 원인이 되어 그 질병이 발생하였다고 의학적으로 인정될 것

② 업무상 부상을 입은 근로자에게 발생한 질병이 다음 각 호의 요건 모두에 해당하면 법 제37조제1항제2호나목에 따른 업무상 질병으로 본다.

1. 업무상 부상과 질병 사이의 인과관계가 의학적으로 인정될 것

2. 기초질환 또는 기존 질병이 자연발생적으로 나타난 증상이 아닐 것

③ 제1항 및 제2항에 따른 업무상 질병(진폐증은 제외한다)에 대한 구체적인 인정 기준은 별표 3과 같다.

④ 공단은 근로자의 업무상 질병 또는 업무상 질병에 따른 사망의 인정 여부를 판정할 때에는 그 근로자의 성별, 연령, 건강 정도 및 체질 등을 고려하여야 한다.

제35조(출퇴근 중의 사고)

① 근로자가 출퇴근하던 중에 발생한 사고가 다음 각 호의 요건에 모두 해당하면 법 제37조제1항제3호가목에 따른 출퇴근 재해로 본다.

1. 사업주가 출퇴근용으로 제공한 교통수단이나 사업주가 제공한 것으로 볼 수 있는 교통수단을 이용하던 중에 사고가 발생하였을 것

2. 출퇴근용으로 이용한 교통수단의 관리 또는 이용권이 근로자측의 전속적 권한에 속하지 아니하였을 것

② 법 제37조제3항 단서에서 “일상생활에 필요한 행위로서 대통령령으로 정하는 사유”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

1. 일상생활에 필요한 용품을 구입하는 행위

2.「고등교육법」 제2조에 따른 학교 또는 「직업교육훈련 촉진법」 제2조에 따른 직업교육훈련기관에서 직업능력 개발향상에 기여할 수 있는 교육이나 훈련 등을 받는 행위

3. 선거권이나 국민투표권의 행사

4. 근로자가 사실상 보호하고 있는 아동 또는 장애인을 보육기관 또는 교육기관에 데려주거나 해당 기관으로부터 데려오는 행위

5. 의료기관 또는 보건소에서 질병의 치료나 예방을 목적으로 진료를 받는 행위

6. 근로자의 돌봄이 필요한 가족 중 의료기관 등에서 요양 중인 가족을 돌보는 행위

7. 제1호부터 제6호까지의 규정에 준하는 행위로서 고용노동부장관이 일상생활에 필요한 행위라고 인정하는 행위

제35조의2(출퇴근 재해 적용 제외 직종 등)

법 제37조제4항에서 “출퇴근 경로와 방법이 일정하지 아니한 직종으로 대통령령으로 정하는 경우”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 직종에 종사하는 사람(법 제124조에 따라 자기 또는 유족을 보험급여를 받을 수 있는 자로 하여 보험에 가입한 사람으로서 근로자를 사용하지 않는 사람을 말한다)이 본인의 주거지에 업무에 사용하는 자동차 등의 차고지를 보유하고 있는 경우를 말한다.

1.「여객자동차 운수사업법」 제3조제1항제3호에 따른 수요응답형 여객자동차운송사업

2.「여객자동차 운수사업법 시행령」 제3조제2호라목에 따른 개인택시운송사업

3. 퀵서비스업[소화물의 집화(集貨)·수송 과정 없이 그 배송만을 업무로 하는 사업을 말한다. 이하 같다]

제36조(자해행위에 따른 업무상의 재해의 인정 기준)

법 제37조제2항 단서에서 “대통령령으로 정하는 사유”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

1. 업무상의 사유로 발생한 정신질환으로 치료를 받았거나 받고 있는 사람이 정신적 이상 상태에서 자해행위를 한 경우

2. 업무상의 재해로 요양 중인 사람이 그 업무상의 재해로 인한 정신적 이상 상태에서 자해행위를 한 경우

3. 그 밖에 업무상의 사유로 인한 정신적 이상 상태에서 자해행위를 하였다는 상당인과관계가 인정되는 경우

제37조(사망의 추정)

① 법 제39조제1항에 따라 사망으로 추정하는 경우는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우로 한다.

1. 선박이 침몰 · 전복 · 멸실 또는 행방불명되거나 항공기가 추락 · 멸실 또는 행방불명되는 사고가 발생한 경우에 그 선박 또는 항공기에 타고 있던 근로자의 생사가 그 사고 발생일부터 3개월간 밝혀지지 아니한 경우

2. 항행 중인 선박 또는 항공기에 타고 있던 근로자가 행방불명되어 그 생사가 행방불명된 날부터 3개월간 밝혀지지 아니한 경우

3. 천재지변, 화재, 구조물 등의 붕괴, 그 밖의 각종 사고의 현장에 있던 근로자의 생사가 사고 발생일부터 3개월간 밝혀지지 아니한 경우

② 제1항에 따라 사망으로 추정되는 사람은 그 사고가 발생한 날 또는 행방불명된 날에 사망한 것으로 추정한다.

③ 제1항 각 호의 사유로 생사가 밝혀지지 아니하였던 사람이 사고가 발생한 날 또는 행방불명된 날부터 3개월 이내에 사망한 것이 확인되었으나 그 사망 시기가 밝혀지지 아니한 경우에도 제2항에 따른 날에 사망한 것으로 추정한다.

④ 보험가입자는 제1항 각 호의 사유가 발생한 때 또는 사망이 확인된 때(제3항에 따라 사망한 것으로 추정하는 때를 포함한다)에는 지체 없이 공단에 근로자 실종 또는 사망확인의 신고를 하여야 한다.

⑤ 법 제39조제1항에 따라 보험급여를 지급한 후에 그 근로자의 생존이 확인되면 보험급여를 받은 사람과 보험가입자는 그 근로자의 생존이 확인된 날부터 15일 이내에 공단에 근로자 생존확인신고를 하여야 한다.

⑥ 공단은 근로자의 생존이 확인된 경우에 보험급여를 받은 사람에게 법 제39조제2항에 따른 금액을 낼 것을 알려야 한다.

⑦ 제6항에 따른 통지를 받은 사람은 그 통지를 받은 날부터 30일 이내에 통지받은 금액을 공단에 내야 한다.

제20관 산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[별표 5] 신체부위별 장해등급 판정에 관한 세부기준

1. 눈의 장해

가. 시력의 장해

1) 시력의 측정

가) 시력의 측정은 국내에서 공인된 시력표를 사용한다. 다만 국내에서 공인된 시력표만으로 시력의 측정이 곤란한 경우에는 다른 시력측정 방법을 함께 사용할 수 있다.

나) 굴절 이상이 있는 사람에 대한 시력은 안경(콘택트렌즈는 제외한다)으로 교정한 시력으로 한다. 다만, 상(像)의 크기가 다르게 느껴지는 증상[부등상증(不等像症)]이 생겨 두 눈으로 보기가 곤란하게 되는

것이 의학적으로 인정되는 경우에는 맨눈으로 측정한 시력으로 할 수 있다.
2) 장해의 등급
가) 영 별표 6에서 "실명"이란 안구를 잃은 경우 또는 명암을 가리지 못하는 경우를 말한다.
나) 영 별표 6에서 "안구의 조절기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람"이란 안구의 조절력이 통상의 2분의 1 이하로 감소된 사람을 말한다. 다만, 50세 이상인 자는 장해급여의 대상으로 인정하지 않는다.
다) 영 별표 6에서 "안구의 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람"이란 안구의 주시야의 넓이가 2분의 1 이하로 감소된 사람을 말한다. 이 경우 한 눈으로 보는 시각의 정상각도는 약 50°, 두 눈으로 보는 시각의 정상각도는 약 45°를 말한다.
라) 영 별표 6에서 "반맹증 또는 시야협착이 남은 사람"이란 8방향의 시야의 각도의 합계가 정상시야의 각도의 60퍼센트 이하로 된 사람을 말한다. 이 경우 시야는 자동시야계 또는 수동시야계로 측정하며, 절대암점을 채용하고 비교암점을 채용하지 않는다.
나. 눈꺼풀의 장해
1) 영 별표 6에서 "눈꺼풀이 뚜렷하게 상실된 사람"이란 누워서 보통으로 눈을 감았을 때 각막 넓이의 2분의 1 이상이 노출되고 만성 활동성 각막염증이 있는 사람을 말한다.
2) 영 별표 6에서 "눈꺼풀의 일부가 상실된 사람"이란 누워서 보통으로 눈을 감았을 때 각막 넓이의 2분의 1 미만이 노출되고 만성 활동성 각막염증이 있는 사람을 말한다.
3) 1) 및 2)에서 만성 활동성 각막염증은 플루레신 검사 등으로 염증이 계속되고 있음이 객관적으로 확인되는 경우에 인정한다. 이 경우 만성 활동성 각막염증이 인정되지 않으면 외모의 흉터에 해당하는 장해등급을 인정한다.
4) 영 별표 6에서 "눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람"이란 보통으로 눈을 떴을 경우 눈동자를 완전히 덮어 버리거나 눈을 감았을 경우 눈동자를 완전하게 덮을 수 없는 사람을 말한다.
다. 준용등급(영 제53조제3항에 따라 결정된 장해등급을 말한다. 이하 같다) 결정

1) 안구에 뚜렷한 운동기능장해가 남은 경우에 해당되지 않거나 정면시(正面視)에서 겹보임(복시)이 발생하여 두 눈으로 보면 고도의 두통 · 현기증 등이 생겨 노동에 뚜렷한 지장을 주는 경우에는 제12급을 인정한다.
2) 좌시 · 우시 · 상시 · 하시 등에서만 겹보임이 발생하여 노동에 뚜렷한 지장을 주지 않지만 경도의 두통이나 안정(眼精)피로가 있는 경우에는 제14급을 인정한다.
3) 외상성 동공확대[산동(散瞳)]
가) 한쪽 눈 동공의 대광반사(對光反射)기능의 장해에 따른 눈부심으로 노동에 뚜렷한 지장이 있는 경우에는 제12급을 인정한다.
나) 한쪽 눈 동공의 대광반사기능이 불충분하여 눈부심으로 노동에 지장이 있는 경우에는 제14급을 인정한다.
다) 두 눈이 가)에 해당되면 제11급을 인정한다.
라) 두 눈이 나)에 해당되면 제12급을 인정한다.
마) 외상성 동공확대와 시력장해 또는 조절기능장해가 있는 경우에는 조정의 방법(영 제53조제2항에 따른 장해등급 결정의 방법을 말한다. 이하 같다) 이용하여 준용등급을 결정한다.

2. 귀의 장해
가. 청력의 장해
1) 청력의 측정
가) 난청의 장해정도 평가는 영 별표 3 제7호차목에 규정된 측정방법에 따른 순음청력검사의 기도청력역치를 기준으로 6분법 {(a+2b+2c+d)/6}으로 판정하되, 가장 좋은 역치를 사용한다. 이 경우 소수점 이하는 버리고 각 주파수에서 청력역치가 100데시벨(㏈) 이상이거나 0데시벨 이하이면 100데시벨 또는 0데시벨로 본다.
나) 급성으로 생기는 재해성 난청에 대하여는 급성 음향성 청기장해(急性 音響性 聽器障害)로 하여 직업성 난청과 구분한다.
다) 음향성 난청(재해성 난청)에 대한 장해등급의 판정은 요양종결 후 30일의 간격으로 3회 이상 청력검사를 실시하여 유의미한 차이가 없는 경우 그 검사치를 기초로 한다.
라) 삭제

2) 장해등급 판정 기준
영 별표 6에 따른 장해등급의 판정은 아래 기준에 따르되, 청력역치는 ISO(International Standard Organization) 기준으로 한다.
가) 두 귀의 평균 청력손실치가 각각 90데시벨 이상인 사람 또는 두 귀의 평균 청력손실치가 각각 80데시벨 이상이고 최고 명료도가 30퍼센트 이하인 사람은 영 별표 6의 제4급제3호를 인정한다.
나) 두 귀의 평균 청력손실치가 각각 80데시벨 이상인 사람 또는 두 귀의 평균 청력손실치가 각각 50데시벨 이상 80데시벨 미만이고 최고 명료도가 30퍼센트 이하인 사람은 영 별표 6의 제6급제3호를 인정한다.
다) 한쪽 귀의 평균 청력손실치가 90데시벨 이상이고 동시에 다른 한쪽 귀의 평균청력손실치가 70데시벨 이상인 사람은 영 별표 6의 제6급제4호를 인정한다.
라) 두 귀의 평균 청력손실치가 각각 70데시벨 이상인 사람 또는 두 귀의 평균 청력손실치가 각각 50데시벨 이상이고 최고 명료도가 50퍼센트 이하인 사람은 영 별표 6의 제7급제2호를 인정한다.
마) 한쪽 귀의 평균 청력손실치가 90데시벨 이상이고 동시에 다른 한쪽 귀의 평균청력손실치가 60데시벨 이상인 사람은 영 별표 6의 제7급제3호를 인정한다.
바) 두 귀의 평균 청력손실치가 각각 60데시벨 이상인 사람 또는 두 귀의 평균 청력손실치가 각각 50데시벨 이상이고 최고 명료도가 70퍼센트 이하인 사람은 영 별표 6의 제9급제7호를 인정한다.
사) 한쪽 귀의 평균 청력손실치가 80데시벨 이상이고 동시에 다른 한쪽 귀의 평균청력손실치가 50데시벨 이상인 사람은 영 별표 6의 제9급제8호를 인정한다.
아) 한쪽 귀의 평균 청력손실치가 90데시벨 이상인 사람은 영 별표 6의 제9급제9호를 인정한다.
자) 한쪽 귀의 평균 청력손실치가 80데시벨 이상 90데시벨 미만인 사람은 영 별표 6의 제10급제6호를 인정한다.
차) 두 귀의 평균 청력손실치가 각각 50데시벨 이상인 사람 또는 두 귀의 평균 청력손실치가 각각 40데시벨 이상이고 최고 명료도가 70퍼센트 이하인 사람은 영 별표 6의 제10급제7호를 인정한다.

카) 한쪽 귀의 평균 청력손실치가 70데시벨 이상 80데시벨 미만인 사람 또는 한귀의 평균 청력손실치가 50데시벨 이상이고 최고 명료도가 50퍼센트 이하인 사람은 영 별표 6의 제11급제4호를 인정한다.
타) 두 귀의 평균 청력손실치가 각각 40데시벨 이상인 사람은 영 별표 6의 제11급제5호를 인정한다.
파) 한쪽 귀의 평균 청력손실치가 40데시벨 이상 70데시벨 미만인 사람은 영 별표 6의 제14급제1호를 인정한다.
나. 귓바퀴의 장해
1) 영 별표 6에서 "귓바퀴가 고도로 상실된 사람"이란 귓바퀴의 3분의 2 이상을 잃은 사람을 말한다.
2) 영 별표 6에서 "귓바퀴가 중등도로 상실된 사람"이란 귓바퀴의 2분의 1 이상 3분의 2 미만을 잃은 사람을 말한다.
3) 영 별표 6에서 "귓바퀴가 경도로 상실된 사람"이란 귓바퀴의 3분의 1 이상 2분의 1 미만을 잃은 사람을 말한다.
다. 준용등급 결정
1) 고막의 외상성 천공(穿孔)과 그에 따른 이루(耳漏)는 수술적 처치 후 청력장해가 남으면 그 장해의 정도에 따라 등급을 결정한다. 이 경우 청력장해가 장해등급에 해당되지 않지만 항상 이루가 있는 경우에는 제12급을 인정한다.
2) 난청이 있고 뚜렷한 이명(耳鳴)이 항상 있는 경우에는 그 증상이 객관적 검사로 증명되는 경우에 제12급을 인정한다.
3) 내이의 손상으로 발생한 평형기능(平衡機能)장해에 대하여는 신경계통의 기능장해에 준하여 등급을 결정한다.
4) 내이의 기능장해로 평형기능장해와 청력장해가 남은 경우에는 조정의 방법을 이용하여 준용등급을 결정한다.

3. 코의 장해
가. 외부 코의 장해
1) 외부 코는 비골(鼻骨)·비연골(鼻軟骨)과 이를 덮고 있는 피부 및 피하조직을 말한다.
2) 영 별표 6에서 "코가 고도로 상실된 사람"이란 외부 코의 3분의 2 이상을 잃은 사람을 말한다.

3) 영 별표 6에서 "코가 중등도로 상실된 사람"란 외부 코의 2분의 1 이상 3분의 2 미만을 잃은 사람을 말한다.
4) 영 별표 6에서 "코가 경도로 상실된 사람"이란 외부 코의 3분의 1 이상 2분의 1 미만을 잃은 사람을 말한다.
나. 코의 기능장해
1) 영 별표 6에서 "코로 숨쉬기가 곤란하게 된 사람"이란 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로는 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 코안 통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 사람을 말한다.
2) 영 별표 6에서 "냄새를 맡지 못하게 된 사람"이란 후각인지검사, 후각역치검사 등 의학적으로 인정된 검사로 후각이 완전히 소실된 것으로 확인되는 사람을 말한다.

4. 입의 장해
가. 말하는 기능의 장해
1) 영 별표 6에서 "말하는 기능을 완전히 잃은 사람"이란 구순음 · 치설음 · 구개음 · 후두음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 사람을 말한다.
2) 영 별표 6에서 "말하는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람"이란 1)에 따른 4종의 어음 중 2종의 어음을 발음할 수 없는 사람 또는 철음(綴音)기능의 장해로 언어만으로는 의사소통을 할 수 없게 된 사람을 말한다.
3) 영 별표 6에서 "말하는 기능에 장해가 남은 사람"이란 1)에 따른 4종의 어음 중 1종의 어음을 발음할 수 없게 된 사람을 말한다.
나. 씹는 기능의 장해
1) 씹는 기능의 장해는 상하교합(咬合)과 배열상태 및 아래턱의 개폐운동 등에 따라 결정한다.
2) 영 별표 6에서 "씹는 기능을 완전히 잃은 사람"이란 유동식(流動食) 외에는 음식물을 섭취할 수 없는 사람을 말한다.
3) 영 별표 6에서 "씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람"이란 미음이나 그에 준하는 정도의 음식물 외에는 섭취할 수 없는 사람을 말한다.

4) 영 별표 6에서 "씹는 기능에 장해가 남은 사람"이란 고형식(固形食)을 섭취할 수 있으나 이에 제한이 있어서 씹는 기능이 충분하지 않게 된 사람을 말한다.
다. 치아의 장해
1) 영 별표 6에서 "치과보철(補綴)을 한 사람"이란 망실 또는 뚜렷하게 상실된 치아에 대한 보철을 한 사람을 말한다.
2) 보조 유지장치가 있는 틀니(유상의치) 또는 고정틀니(가교의치) 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구(鉤)를 장착한 치아와 포스트-인레이(Post-Inlay, 심하게 손상된 치아에 기둥을 삽입하여 틀을 만든 후 인공물을 채우는 시술)만을 하게 된 치아는 보철한 치수에 산입하지 않는다.
3) 잃어버린 치아가 크거나 치아와 치아 사이의 간격으로 잃어버린 치아의 수와 틀니 등 보철한 치아의 수가 다른 경우에는 잃어버린 치아의 수에 따라 장해등급을 결정한다.
라. 준용등급 결정
1) 식도의 협착, 혀의 이상, 인후지배신경의 마비 등으로 생기는 삼킴장해에 대하여는 그 장해의 정도에 따라 씹는 기능장해에 해당하는 장해등급을 인정한다.
2) 미각(味覺)상실
가) 머리 외상, 그 밖에 턱 주위 조직의 손상과 혀의 손상으로 생긴 미각상실에 대하여는 제12급을 인정한다.
나) 미각장해는 테스트페이퍼와 각종 약물검사 결과가 전부 무반응일 경우에만 미각상실로 인정하고, 그 정도에 미달되는 경우에는 장해급여의 대상으로 인정하지 않는다.
다) 미각장해에 대하여는 요양이 끝나고 6개월이 지난 후 등급을 결정한다.
3) 영 별표 6에 조합등급으로 정하여져 있지 않은 씹는 기능과 말하는 기능의 장해에 대하여는 각각의 장해에 해당하는 장해등급에 따라 조정의 방법을 이용하여 준용등급을 결정한다.
4) 성대마비로 뚜렷한 쉰 목소리가 남은 경우에는 제12급을 인정한다.

5. 신경계통의 기능 또는 정신기능의 장해

가. 중추신경계(뇌)의 장해
1) 영 별표 6에서 "신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람"이란 고도의 신경계통의 기능 또는 정신기능장해로 다른 사람의 간병 없이는 혼자 힘으로 일상생활을 전혀 할 수 없거나 고도의 치매, 감정의 황폐 등의 정신증상으로 항상 다른 사람의 감시가 필요한 사람을 말한다.
2) 영 별표 6에서 "신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람"이란 고도의 신경계통의 기능 또는 정신기능장해로 생명유지에 필요한 일상생활의 처리동작에 수시로 다른 사람의 간병을 받아야 하거나 치매, 정의의 장해, 환각망상, 발작성 의식장해의 다발 등으로 수시로 다른 사람의 감시가 필요한 사람을 말한다.
3) 영 별표 6에서 "신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 평생 동안 노무에 종사할 수 없는 사람"이란 2)에 따른 장해 정도에는 미치지 않지만 고도의 신경계통의 기능 또는 정신기능의 장해로 대뇌소증상, 인격변화 또는 기억장해 등이 남아 평생 동안 어떤 노동에도 종사할 수 없는 사람을 말한다.
4) 영 별표 6에서 "신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 쉬운 일 외에는 할 수 없는 사람"이란 신경계통의 기능 또는 정신기능의 뚜렷한 장해로 노동능력이 일반인의 4분의 1 정도만 남아 평생 동안 특별히 쉬운 일 외에는 노동을 할 수 없는 사람을 말한다.
5) 영 별표 6에서 "신경계통의 기능 또는 정신기능에 장해가 남아 쉬운 일 외에는 하지 못하는 사람"이란 중등도의 신경계통의 기능 또는 정신기능의 장해로 노동능력이 일반인의 2분의 1 정도만 남은 사람을 말한다.
6) 영 별표 6에서"신경계통의 기능 또는 정신기능에 장해가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람"이란 노동능력이 어느 정도 남아 있으나 신경계통의 기능 또는 정신기능의 장해로 취업가능한 직종의 범위가 상당한 정도로 제한된 사람으로서 다음의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다.
가) 신체적 능력은 정상이지만 뇌손상에 따른 정신적 상실증상이 인정

되는 사람
나) 뇌전증발작과 현기증이 나타날 가능성이 의학적 · 객관적 소견으로 증명되는 사람
다) 경도의 사지의 단(單)마비가 인정되는 사람
7) 노동능력은 있으나 신경계통의 기능 또는 정신기능의 감각장해, 추체로(錐體路)증상과 추체외로(錐體外路)증상을 수반하지 않는 정도의 마비, 뇌위축 및 뇌파 이상 등이 의학적으로 인정되거나 이러한 이상 소견에 해당하는 자각증상이 의학적으로 인정되는 경우에는 제12급을 인정한다.
8) 노동능력은 있으나 신경계통의 기능 또는 정신기능의 장해에 대한 의학적 소견이 인정되는 경우 또는 두통 · 현기증 · 피로감 등의 자각증상이 의학적으로 인정되는 경우에는 제14급을 인정한다.
나. 척수의 장해
1) 생명유지에 필요한 일상생활의 처리동작에 대하여 항상 다른 사람의 간병을 받아야 하는 사람은 제1급을 인정한다.
2) 생명유지에 필요한 일상생활의 처리동작에 대하여 수시로 다른 사람의 간병을 받아야 하는 사람은 제2급을 인정한다.
3) 생명유지에 필요한 일상생활의 처리동작은 가능하나 평생 동안 어떤 노동에도 종사할 수 없는 사람은 제3급을 인정한다.
4) 마비나 그 밖의 뚜렷한 척수증상으로 노동능력이 일반인의 4분의 1 정도만 남은 사람은 제5급을 인정한다.
5) 명백한 척수증상으로 노동능력이 일반인의 2분의 1 정도만 남은 사람은 제7급을 인정한다.
6) 노동능력이 어느 정도 남아 있으나 명백한 척수증상으로 취업가능한 직종의 범위가 상당한 정도로 제한된 사람은 제9급을 인정한다.
7) 노동능력은 있으나 의학적으로 증명할 수 있는 척수증상이 남은 사람은 제12급을 인정한다.
다. 말초신경의 손상에 따른 장해는 손상을 입은 신경이 지배하는 신체 각 부위의 기관에서의 기능장해에 해당하는 등급을 준용한다.
라. 실조(失調: 조화운동못함증) · 현기증 및 평형기능장해
1) 고도의 실조 또는 평형기능장해로 생명유지에 필요한 일상생활의 처리동작 외에는 평생 동안 어떤 노동에도 종사할 수 없는 사람은 제

3급을 인정한다.
2) 뚜렷한 실조 또는 평형기능장해로 노동능력이 일반인의 4분의 1 정도만 남은 사람은 제5급을 인정한다.
3) 중등도의 실조 또는 평형기능장해로 노동능력이 명백하게 일반인의 2분의 1 정도만 남은 사람은 제7급을 인정한다.
4) 노동능력이 어느 정도 남아 있으나 현기증의 자각증상이 강하거나 객관적으로 안구진탕증이나 그 밖에 평형기능검사 결과 명백한 이상 소견이 인정되는 사람은 제9급을 인정한다.
5) 노동능력은 있으나 안구진탕증이나 그 밖에 평형기능검사 결과 이상 소견이 인정되는 사람은 제12급을 인정한다.
6) 현기증의 자각증상은 있으나 객관적으로 안구진탕증이나 그 밖에 평형기능검사 결과 이상 소견이 인정되는 경우로서 심인성 반응인 현기증이 아닌 것으로 인정되는 사람은 제14급을 인정한다.
마. 동통 등 감각이상
1) 뇌신경과 척추신경의 외상이나 그 밖의 원인에 따른 신경통의 경우에 쉬운 일 외의 노동에 항상 지장이 있는 정도의 동통이 있는 사람은 제7급을 인정하고, 노동능력이 어느 정도 남아 있으나 동통 때문에 취업가능한 직종의 범위가 상당히 제한된 사람은 제9급을 인정하며, 노동능력은 있으나 때로는 노동에 지장이 있는 정도의 동통이 있는 사람은 제12급을 인정한다.
2) 작열통(灼熱痛: 불에 타는 듯이 따갑고 아픈 통증)에 대하여는 1)의 규정에 준하여 결정한다.
3) 일반적으로 노동능력은 있으나 상처를 입은 부위의 심한 동통 때문에 때로는 노동에 지장이 있는 사람은 제12급을 인정하고, 상처를 입은 부위에 항상 동통이 있거나 신경손상으로 동통 외의 이상감각 등이 발견되는 사람은 제14급을 인정한다.
바. 외상성 신경증(재해성 신경증)
외상 또는 정신적 외상이라고 할 수 있는 재해에 기인하는 심인반응으로서 정신의학적 요법으로서는 치료되지 않는 경우에는 제14급을 인정한다.
사. 그 밖의 특징적인 장해
외상성 뇌전증의 치유 시기는 치료효과를 기대할 수 없다고 인정되는

때 또는 요양으로 증상이 안정된 때로 하고, 장해등급은 발작 횟수, 발작이 노동능력에 미치는 영향의 정도, 비발작 시의 정신증상 등을 종합적으로 판단하여 다음과 같이 결정한다.
1) 충분한 치료에도 불구하고 매주 1회 이상 발작 또는 고도의 정신기능의 장해로 평생 동안 어떤 노동에도 종사할 수 없는 사람은 제3급을 인정한다.
2) 충분한 치료에도 불구하고 발작의 빈도 또는 발작형의 특징 때문에 노동능력이 일반인의 4분의 1 정도만 남은 사람 또는 뇌전증의 특수성으로 보아 취업가능한 직종이 극도로 제한된 사람은 제5급을 인정한다.
3) 충분한 치료에도 불구하고 1개월에 1회 이상의 의식장해가 수반되는 발작이 있거나 발작형의 특징 때문에 노동능력이 일반인의 2분의 1 정도만 남은 사람 또는 뇌전증의 특수성으로 보아 취업가능한 직종이 뚜렷하게 제한된 사람은 제7급을 인정한다.
4) 지속적인 약물복용을 하여야만 수개월에 1회 정도 또는 완전하게 발작을 억제할 수 있는 사람, 발작이 나타나지는 않지만 뇌파상 명백하게 뇌전증성 극파를 인정할 수 있는 사람 또는 노동능력이 어느 정도 남아 있으나 취업가능한 직종이 상당한정도로 제한된 사람은 제9급을 인정한다.
아. 조정등급 결정
척추의 골절로 척추에 기능장해 또는 변형장해가 남은 동시에 척수손상으로 다른 부위에 기능장해가 남은 경우에는 장해등급을 조정하여 결정한다.
자. 준용등급 결정
신경마비가 객관적으로 증명되는 경우로서 장해등급기준에 해당 부위의 기능장해에 대한 장해등급이 정해지지 않은 경우에는 제12급을 인정한다.

6. 흉터의 장해
가. 흉터의 측정
1) 영 별표 6에서 "흉터"란 피부에 뚜렷이 눈에 띄는 정도 이상의 비후(肥厚) 또는 함몰을 동반하는 선상반흔(線像瘢痕), 면상반흔(面像瘢

痕) 및 조직함몰(組織陷沒)이 남은 것을 말한다.
2) "선상반흔"이란 폭이 0.5센티미터 이상인 선모양의 흉터를, "면상반흔"이란 폭이 1센티미터 이상인 면적으로 이루어진 흉터를, "조직함몰"이란 연조직(soft tissue) 또는 뼈조직이 상실된 채로 상처가 치유되면서 흉터부위가 0.5센티미터 이상 패인 것을 각각 말한다.
3) 선상반흔의 길이는 그 모양에 따라 실제 길이를 측정하고, 면상반흔 및 조직함몰의 넓이는 흉터 또는 0.5센티미터 이상 패인 부위를 가로와 세로로 구분하여 가로 방향의 길이와 그에 수직하는 세로 방향의 가장 긴 길이를 곱하여 산정한다. 이 경우 수술에 따른 봉합사(縫合絲)의 자국은 흉터로 보지 않는다.
4) 2개 이상의 선상반흔 또는 면상반흔이 인접하여 있거나 모여 있어 하나의 선상반흔 또는 면상반흔처럼 보이는 경우에는 그 길이 또는 면적을 합산하여 장해등급을 결정한다.
5) 하나의 흉터에 선상반흔과 면상반흔이 동시에 있는 경우에는 선상반흔에 해당하는 장해등급과 면상반흔(선상반흔을 포함하되, 선상반흔의 폭을 1센티미터로 하여 넓이를 산정한다)에해당하는 장해등급 중 높은 등급을 인정한다.
6) 하나의 흉터에 면상반흔과 조직함몰이 동시에 있는 경우에는 조직함몰에 해당하는 장해등급과 면상반흔(조직함몰 부위를 포함한다)에 해당하는 장해등급 중 높은 등급을 인정한다.
7) 외모 중 머리 · 얼굴 및 목 등의 각 부위에 흉터가 남은 경우에는 각 부위별 흉터에 해당하는 장해등급 중 높은 등급을 인정한다. 이 경우 흉터가 머리 · 얼굴 및 목 중 2개 이상의 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 2분의 1을 얼굴의 흉터로 보아 산정하거나, 얼굴에 있는 흉터의 2배를 머리 또는 목의 흉터로 보아 산정할 수 있다.
나. 외모의 흉터
1) 영 별표 6에서 "외모"란 머리 · 얼굴(눈꺼풀 · 귓바퀴 · 코를 포함한다) 및 목 등 팔과 다리 외에 일상적으로 노출되는 부분을 말하며, 머리와 얼굴의 경계는 이마에 주름이 지어지는 가장 윗부분으로 한다.
2) 영 별표 6에서 "외모에 극도의 흉터가 남은 사람"이란 얼굴에 100제곱센티미터 이상의 면상반흔 또는 32제곱센티미터 이상의 조직

함몰이 있는 사람을 말한다.
3) 영 별표 6에서 "외모에 고도의 흉터가 남은 사람"이란 얼굴에 50제곱센티미터 이상의 면상반흔, 16제곱센티미터 이상의 조직함몰 또는 20센티미터 이상의 선상반흔이 남았거나 머리 또는 목에 100제곱센티미터 이상의 면상반흔, 32제곱센티미터 이상의 조직함몰 또는 40센티미터 이상의 선상반흔이 남은 사람을 말한다.
4) 영 별표 6에서 "외모에 중등도의 흉터가 남은 사람"이란 얼굴에 25제곱센티미터 이상의 면상반흔, 8제곱센티미터 이상의 조직함몰, 10센티미터 이상의 선상반흔이 남았거나 머리 또는 목에 50제곱센티미터 이상의 면상반흔, 16제곱센티미터 이상의 조직함몰 또는 20센티미터 이상의 선상반흔이 남은 사람을 말한다.
5) 영 별표 6에서 "외모에 경도의 흉터가 남은 사람"이란 얼굴에 12제곱센티미터 이상의 면상반흔, 5센티미터 이상의 선상반흔이 남았거나 머리 또는 목에 25제곱센티미터 이상의 면상반흔, 10센티미터 이상의 선상반흔이 있는 남은 사람을 말한다.
6) 외모의 흉터 중 선상반흔 · 면상반흔 또는 조직함몰이 눈썹이나 머리카락 등으로 감추어지거나 흉터가 턱 밑 등에 있어 다른 사람에게 보이지 않는 경우에는 장해급여의 대상에서 제외한다.
7) 머리뼈 일부가 상실된 경우에는 6)에도 불구하고 그 부위에 면상반흔이 남은 것으로 본다. 이 경우 장해등급은 머리뼈의 성형수술 후에 판정한다.
다. 노출된 면의 흉터
1) 영 별표 6에서 "노출된 면"이란 팔의 경우에는 손바닥 및 손등을 포함한 팔꿈치관절 이하, 다리의 경우에는 발등을 포함한 무릎관절 이하를 말한다.
2) 영 별표 6에서 "노출된 면에 극도의 흉터가 남은 사람"이란 두 팔 또는 두 다리의 노출된 면의 90퍼센트 이상의 부위에 면상반흔이 남은 사람을 말한다.
3) 영 별표 6에서 "노출된 면에 고도의 흉터가 남은 사람"이란 두 팔 또는 두 다리의 노출된 면의 75퍼센트 이상의 부위에 면상반흔이 남은 사람을 말한다.
4) 영 별표 6에서 "노출된 면에 중등도의 흉터가 남은 사람"이란 두

팔 또는 두 다리의 노출된 면의 50퍼센트 이상의 부위에 면상반흔이 남은 사람을 말한다.
5) 영 별표 6에서 "노출된 면에 경도의 흉터가 남은 사람"이란 두 팔 또는 두 다리의 노출된 면의 25퍼센트 이상의 부위에 면상반흔이 남은 사람을 말한다.
라. 조정등급 결정
제46조제4항 본문에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 흉터장해가 남은 경우에는 각각의 장해에 해당하는 장해등급을 조정하여 결정한다.
1) 외모의 흉터장해와 노출된 면의 흉터장해
2) 외모의 흉터장해와 노출된 면 외의 부위(두 팔의 위팔부, 두 다리의 넓적다리, 흉복부, 등 및 엉덩이 부위를 말한다. 이하 같다)의 흉터장해
3) 팔의 노출된 면의 흉터장해와 다리의 노출된 면의 흉터장해
4) 외상 · 화상 등으로 말미암은 안구상실에 따른 눈 주위와 얼굴의 조직함몰 · 흉터 등이 생긴 경우에는 안구상실에 해당하는 장해와 흉터 등의 흉터장해
5) 노출된 면의 흉터장해와 노출된 면 외의 부위의 흉터장해
6) 눈꺼풀 · 귓바퀴 또는 코의 상실장해와 외모, 노출된 면 또는 노출된 면 외의 부위의 흉터장해. 이 경우 장해등급을 조정한 결과 제7급 이상에 해당하면 제7급으로 결정한다.
마. 준용등급 결정
1) 얼굴에 신경마비로 다른 부위의 기능장해가 남은 경우에는 그 기능장해에 해당하는 장해등급을 인정한다. 이 경우 얼굴의 신경마비가 있고 그에 따른 다른 부위의 기능장해가 없는 경우에는 제13급을 인정한다.
2) 노출된 면 외의 부위에 면상반흔이 있는 경우에는 그 면적의 합이 전체 신체 표면 면적의 20퍼센트 이상이면 제12급을, 15퍼센트 이상 20퍼센트 미만이면 제13급을, 5퍼센트 이상 15퍼센트 미만이면 제14급을 인정한다.
3) 전체 신체 표면 면적의 40퍼센트 이상의 부위에 흉터가 남은 경우에는 제9급을 인정한다. 다만, 라목에 따라 장해등급을 결정하면 장해

등급이 제9급보다 높은 경우에는 라목에 따라 결정한 장해등급을 인정한다.
4) 피부면에 비후 또는 함몰은 없으나 정상적인 피부색깔에 비하여 색소가 눈에 띄게 짙어지거나 엷어지는 피부변색 또는 탈색이 영구적으로 남게 되는 경우로서 그 넓이가 얼굴, 목, 두 팔 또는 두 다리의 노출면에 각각 중등도의 흉터에 해당하는 면상반흔의 넓이보다 넓은 경우에는 제14급을 인정한다.
7. 흉복부장기 등의 장해
가. 흉부장기의 장해
1) 영 별표 6에서 "흉부장기의 장해"란 심장 · 심장막 · 폐장 · 늑(흉막) · 횡격막 등에 객관적으로 증명될 수 있는 변화가 인정되고 그 기능에도 장해가 증명되는 것을 말한다.
2) 고도의 흉부장기의 장해로 생명유지에 필요한 일상생활의 처리동작에 항상 다른 사람의 간병을 받아야 하는 사람은 제1급을 인정한다.
3) 고도의 흉부장기의 장해로 생명유지에 필요한 일상생활의 처리동작에 수시로 다른 사람의 간병을 받아야 하는 사람은 제2급을 인정한다.
4) 흉부장기의 장해로 생명유지에 필요한 일상생활의 처리동작은 가능하나 평생 동안 어떤 노동에도 종사할 수 없는 사람은 제3급을 인정한다.
5) 흉부장기의 장해로 노동능력이 일반인의 4분의 1 정도만 남은 사람은 제5급을 인정한다.
6) 중등도의 흉부장기의 장해로 노동능력이 일반인의 2분의 1 정도만 남은 사람은 제7급을 인정한다.
7) 노동능력이 어느 정도 남아 있으나 흉부장기의 장해로 취업가능한 직종의 범위가 상당한 정도로 제한된 사람은 제9급을 인정한다.
8) 노동능력이 어느 정도 남아 있으나 흉부장기의 장해로 노동에 지장이 있는 사람은 제11급을 인정한다.
나. 복부장기의 장해
복부장기의 장해등급 기준은 가목을 준용한다.
다. 신장장해
1) 요로(尿路) 변경술 후 신루(腎瘻), 신우루(腎盂瘻), 요관피부연결,

요관장연결을 남긴 채로 치유된 사람은 제7급을 인정한다.
2) 명백히 상처에 따른 만성 신우증(신장염), 물콩팥증(수신증)이 남은 사람은 제7급을 인정한다.
3) 요양의 종결 단계에서 요도루(尿道瘻) · 방광샛길(방광누공)과 여러 차례의 수술에도 불구하고 그대로 샛길(누공)이 남아 일정한 기간 후에 다시 수술이 필요하다고 인정되나 그 상태에서 일단 치유된 사람은 제11급을 인정한다.
4) 방광괄약근(膀胱括約筋)의 변화로 인한 것이 명백한 요실금(尿失禁)이 남은 사람은 제11급을 인정한다.
라. 방광장해
1) 방광의 기능이 완전히 없어진 사람은 제3급을 인정한다.
2) 위축방광[용량 50시시(cc) 이하]인 사람은 제7급을 인정한다.
3) 항상 요류를 동반하는 경도의 방광기능부전 또는 방광경련으로 인한 지속성 배뇨통이 남은 사람은 제11급을 인정한다.
마. 요도협착
1) 사상(絲狀) 부지(Bougie, 확장기)를 필요로 하는 사람은 제11급을 인정한다.
2) 요도협착으로 신장기능에 장해가 남은 사람은 신장의 장해로 간주하여 장해등급을 결정한다.
바. 생식기장해
1) 음경의 대부분이 상실된 사람, 흉터로 인한 질구협착 등으로 생식능력에 현저한 제한을 받아 성교불능인 사람은 제9급을 인정한다.
2) 양쪽 고환이 상실된 사람은 제7급을 인정한다.
3) 음위가 다른 장해에 수반되어 생기는 경우에는 그 다른 장해에 해당하는 장해등급을 인정한다.
4) 가벼운 요도협착, 음경의 흉터 또는 경결(硬結: 단단하게 굳음) 등으로 인한 음위가 있는 사람과 명백한 지배신경의 변화가 인정되는 사람은 제14급을 인정한다. 다만, 의학적으로 음위를 입증하는 것이 곤란한 경우는 제외한다.
사. 준용등급 결정
1) 요도협착 장해 중 요도 부지(Bougie) 프렌치 제20번(네라톤카텔 제11호 상당)이 겨우 통과하고 때때로 확장술을 하여야 할 필요가 있

는 사람은 제14급을 인정한다.
2) 한쪽 고환의 상실 또는 이에 준하는 정도의 위축이 있는 사람은 제11급을 인정한다.

8. 척주 등의 장해
가. 척주의 운동단위
척주의 운동단위는 목뼈부, 등뼈부 및 허리뼈부로 구분한다. 이 경우 각각의 운동단위의 범위는 다음과 같다.
1) 목뼈부는 목뼈 제1번부터 목뼈 제7번까지의 척추체 및 후두과(後頭顆: 뒤통수 관절융기)와 목뼈 제1번 사이의 분절부터 목뼈 제7번과 등뼈 제1번 사이의 분절까지로 한다.
2) 등뼈부는 등뼈 제1번부터 등뼈 제12번까지의 척추체 및 등뼈 제1번과 등뼈 제2번 사이의 분절부터 등뼈 제11번과 등뼈 제12번 사이의 분절까지로 한다.
3) 허리뼈부는 허리뼈 제1번부터 제1번 엉치뼈까지의 척추체 및 등뼈 제12번과 허리뼈 제1번 사이의 분절부터 허리뼈 제5번과 엉치뼈 제1번 사이의 분절까지로 한다.
나. 척주의 기능장해
1) 척주의 기능장해는 운동단위별로 별표 4에 따른 표준 운동가능영역에 대한 척추분절의 고정으로 제한된 운동가능영역의 비율, 척추분절의 불안정증 여부, 척추분절에 대한 수술 횟수 및 수술 방법 등에 따라 판정한다. 이 경우 척주의 같은 운동단위에 척추분절의 운동가능영역의 제한에 따른 기능장해와 척추분절의 불안정증, 관혈적 수술, 인공디스크삽입술이나 준고정술에 따른 기능장해가 동시에 남은 경우에는 그 중 가장 심한 장해등급을 인정한다.
2) 척주분절의 운동가능영역의 비율은 골유합술 등으로 고정된 분절은 그 분절의 운동기능을 모두 상실한 것으로 보고, 고정된 분절 외의 분절은 해당 분절의 운동기능을 정상으로 보아 산출한다.
3) 영 별표 6에서 "척주에 극도의 기능장해가 남은 사람"이란 척추분절이 골유합술 등으로 고정되어 운동가능영역이 70퍼센트 이상 제한된 사람을 말한다.
4) 영 별표 6에서 "척주에 고도의 기능장해가 남은 사람"이란 척추분

절이 골유합술 등으로 고정되어 운동가능영역이 50퍼센트 이상 70퍼센트 미만 제한된 사람을 말한다.
5) 영 별표 6에서 "척주에 중등도의 기능장해가 남은 사람"이란 척추분절이 골유합술 등으로 고정되어 운동가능영역이 30퍼센트 이상 50퍼센트 미만 제한된 사람 또는 목뼈 제1번과 목뼈 제2번 사이의 분절이 고정된 사람을 말한다.
6) 영 별표 6에서 "척주에 경도의 기능장해가 남은 사람"이란 척추분절이 골유합술 등으로 고정되어 운동가능영역이 10퍼센트 이상 30퍼센트 미만 제한된 사람 또는 척추분절의 불안정증이 남은 사람을 말한다. 이 경우 척추분절의 불안정증은 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에 인정한다.
(가) 해당 척추분절이 어긋난 정도를 펴거나 굽힌 상태에서 각각 측정하였을 때 그 차이가 목뼈는 3.5밀리미터, 등뼈는 2.5밀리미터, 허리뼈는 4.5밀리미터 이상인 경우
(나) 허리뼈의 경우 해당 척추분절의 위쪽과 아래쪽 척추체의 윗면이 이루는 각도를 펴거나 굽힌 상태에서 각각 측정하였을 때의 측정 각도를 합산한 값이 제1허리뼈와 제2허리뼈 사이의 분절, 제2허리뼈와 제3허리뼈 사이의 분절 및 제3허리뼈와 제4허리뼈 사이의 분절은 각각 15도 이상인 경우, 제4허리뼈와 제5허리뼈 사이의 분절은 20도 이상인 경우, 제5허리뼈와 제1엉치뼈 사이의 분절은 25도 이상인 경우
(다) 목뼈의 경우 안정상태에서 해당 척추분절의 위쪽과 아래쪽 척추체의 아랫면이 이루는 각도가 해당 척추분절의 위쪽이나 아래쪽 척추분절의 각도보다 11도 이상 큰 경우
7) 영 별표 6에서 "척주에 경미한 기능장해가 남은 사람"이란 척추분절이 골유합술 등으로 고정되어 운동가능영역이 5퍼센트 이상 10퍼센트 미만 제한된 사람, 하나의 척추분절에 2회 이상의 관혈적 수술을 한 사람, 2개 이상의 척추분절에 관혈적 수술을 한 사람 또는 척추분절에 인공디스크 삽입술이나 준고정술을 한 사람을 말한다.
8) 영 별표 6에서 "척주의 수상부위에 기질적 변화가 남은 사람"이란 척추분절에 대하여 의학적으로 공인된 관혈적 수술(현미경 수술 또는 내시경 수술을 포함한다)을 한 사람을 말한다.

9) 영 별표 6에서 "척주의 수상부위에 비기질적 변화가 남은 사람"이란 척추분절에 비관혈적 수술을 한 사람을 말한다.

다. 척주의 변형장해

1) 척추의 변형장해는 척추체의 압박률, 골절의 부위 또는 골절의 형태 등을 기준으로 판정한다. 이 경우 척주의 같은 운동단위에 척추체의 압박률에 따른 변형장해와 척추체의 방출성 골절, 찬스씨 골절 등의 척추관 침범 골절 또는 추체외 골절에 따른 변형장해가 동시에 남은 경우에는 그 중 가장 높은 장해등급을 인정한다.

2) 척추체의 압박률은 변형이 남은 척추체에서 압박률이 가장 큰 쪽을 기준으로 하여 변형이 남은 척추체의 바로 위에 있는 척추체와 바로 아래에 있는 척추체의 길이의 평균값에 대한 압박골절된 척추체의 길이의 비율로 한다.

3) 하나의 운동단위에 변형이 남은 척추체가 2개 이상 있는 경우에는 각각의 압박률을 합산한 비율을 기준으로 판정한다.

4) 영 별표 6에서 "척주에 극도의 변형장해가 남은 사람"이란 같은 운동단위 내의 척추체의 압박률을 합산하여 50퍼센트 이상인 사람을 말한다.

5) 영 별표 6에서 "척주에 고도의 변형장해가 남은 사람"이란 같은 운동단위 내의 척추체의 압박률을 합산하여 30퍼센트 이상 50퍼센트 미만인 사람 또는 방출성 골절, 찬스씨 골절이나 그 밖에 척추관 침범 골절에 대하여 보존적 요법으로 치유된 사람을 말한다.

6) 영 별표 6에서 "척주에 중등도의 변형장해가 남은 사람"이란 같은 운동단위 내의 척추체의 압박률을 합산하여 20퍼센트 이상 30퍼센트 미만인 사람을 말한다.

7) 영 별표 6에서 "척주에 경도의 변형장해가 남은 사람"이란 같은 운동단위 내의 척추체의 압박률을 합산하여 10퍼센트 이상 20퍼센트 미만인 사람, 엉치뼈에 변형이 남은 사람 또는 3개 이상의 척추체의 추체외 골절이 있는 사람을 말한다. 이 경우 추체외 골절은 횡돌기(橫突起: 척추뼈에서 양쪽 옆으로 뻗은 돌기, 가로돌기)나 극돌기(棘突起: 척추뼈고리 정중면에서 뒤쪽으로 뻗은 돌기) 등과 같이 척추체 외부에 부속되어 있는 뼈가 골절된 것을 말한다.

8) 영 별표 6에서 "척주에 경미한 변형장해가 남은 사람"이란 같은

운동단위 내의 척추체의 압박률을 합산하여 5퍼센트 이상 10퍼센트 미만인 사람 또는 2개 이하의 척추체의 횡돌기나 극돌기 등의 추체외의 골절이 남은 사람을 말한다.

라. 척추 신경근의 장해

1) 척추 신경근의 장해는 척추 신경근의 손상(척수 손상은 제외한다)에 따른 후유신경증상의 정도를 기준으로 평가하되, 의학적 임상 증상과 특수검사 소견이 일치하는 경우에 그 증상을 인정한다. 이 경우 특수검사는 자기공명영상촬영(MRI), 전산화단층촬영(CT), 척수조영술, 근전도검사 및 핵의학검사 등을 말한다.

2) 영 별표 6에서 "극도의 척추 신경근장해가 남은 사람"이란 척추의 주된 신경근(목뼈부는 목뼈 제5번부터 목뼈 제8번까지, 허리뼈부는 허리뼈 제4번 및 허리뼈 제5번 신경근을 말한다) 중 1개 이상의 손상으로 뚜렷한 근위축이 있고 중력을 이기지 못하거나 중력을 제거한 상태에서 능동적 운동을 할 수 있는 사람을 말한다.

3) 영 별표 6에서 "고도의 척추 신경근장해가 남은 사람"이란 척추의 주된 신경근 외의 신경근의 손상으로 뚜렷한 근위축이 있고 중력을 이기지 못하거나 중력을 제거한 상태에서 능동적 운동을 할 수 있는 사람을 말한다.

4) 영 별표 6에서 "중등도의 척추 신경근장해가 남은 사람"이란 척추 신경근의 손상으로 뚜렷한 근위축이 있고 중력 또는 어느 정도의 저항이 있는 상태에서 능동적 운동을 할 수 있는 사람을 말한다.

5) 영 별표 6에서 "경도의 척추 신경근장해가 남은 사람"이란 척추 신경근이 손상되었으나 뚜렷한 근위축은 없고 근전도검사 · 특수검사 등에서 신경증상이 있음이 확인되는 사람을 말한다.

마. 그 밖의 체간골의 장해

1) 영 별표 6에서 "쇄골(빗장뼈), 흉골(복장뼈), 늑골(갈비뼈), 견갑골(어깨뼈) 또는 골반골(골반뼈)에 뚜렷한 변형이 남은 사람"이란 나체가 되었을 때 그 변형(상실을 포함한다)을 명백하게 알 수 있는 사람을 말한다.

2) 늑골의 변형은 그 개수 · 정도 · 부위 등에 관계없이 늑골 전체를 일괄하여 하나의 장해로 인정한다. 늑연골의 경우도 같다.

바. 준용등급 결정

1) 척주의 하나의 운동단위에 기능장해와 변형장해가 각각 따로 남은 경우에는 조정의 방법을 이용하여 준용등급을 결정한다. 이 경우 척주 기능장해 및 변형장해가 남은 동시에 척추 신경근의 장해가 남은 경우에는 기능장해와 변형장해 중 높은 등급에 해당하는 어느 하나의 장해에서 척추 신경근 장해가 발생한 것으로 보아 등급을 결정한 다음 그 장해등급과 척추 신경근 장해가 발생하지 않은 것으로 보게 되는 기능장해 또는 변형장해와 조정의 방법을 이용하여 준용등급을 결정한다.
2) 척추체의 압박골절이 있는 부위에 척추고정술을 한 경우와 같이 같은 척추체 또는 척추분절에 기능장해와 변형장해가 동시에 남은 경우에는 기능장해에 해당하는 등급을 인정한다.
3) 척주의 서로 다른 운동단위에 기능장해 · 변형장해 또는 척추 신경근장해가 각각 남은 경우에는 운동단위별로 장해등급을 정한 후 그 운동단위별 장해등급에 대하여 조정의 방법을 이용하여 준용등급을 결정한다.
위를 운동단위별로 구분하기 곤란한 경우에는 운동단위별 기능장해 또는 변형장해 중 가장 높은 등급에 해당하는 장해가 남은 운동단위에서 발생한 것으로 본다.
5) 척주에 기능 또는 변형장해가 남은 동시에 척추 신경근의 손상으로 다른 부위에 기능장해가 남은 경우에는 그 장해에 해당하는 장해등급과 척주의 기능 또는 변형장해와 다른 부위의 기능장해를 조정한 장해등급 중 높은 등급을 인정한다.
6) 미골의 골절은 척추의 변형장해로 취급하지 않는다. 다만, 골절에 따른 신경증상이 남은 경우에는 제14급을 인정한다.
7) 그 밖의 체간골 중 두 개 이상의 뼈에 각각 뚜렷한 변형이 남은 경우에는 조정의 방법을 이용하여 준용등급을 결정한다.

9. 팔 및 손가락의 장해
가. 팔의 장해
1) 영 별표 6에서 "팔을 팔꿈치관절 이상에서 잃은 사람"이란 어깨관절에서 견갑골과 위팔뼈가 서로 떨어져 탈락된 사람, 어깨관절과 팔꿈치관절 사이에서 위팔뼈가 절단된 사람 또는 팔꿈치관절에서 위팔뼈

와 요골(橈骨: 노뼈) 및 척골(尺骨: 자뼈)이 서로 떨어져 탈락된 사람을 말한다.
2) 영 별표 6에서 "팔을 손목관절 이상에서 잃은 사람"이란 팔꿈치관절과 손목관절 사이에서 절단된 사람 또는 손목관절에서 요골 및 척골과 수근골(手根骨: 손목뼈)이 서로 떨어져 탈락된 사람을 말한다.
3) 영 별표 6에서 "팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람"이란 팔의 3대 관절(어깨관절 · 팔꿈치관절 · 손목관절)의 완전강직 또는 운동가능영역이 4분의 3 이상 제한되고, 손가락 모두를 제대로 쓸 수 없게 된 사람 또는 상완신경총이 완전히 마비된 사람을 말한다.
4) 영 별표 6에서 "관절을 제대로 못 쓰게 된 사람"이란 관절의 완전강직 또는 운동가능영역이 4분의 3 이상 제한된 사람 또는 인공골두 또는 인공관절을 삽입하여 치환한 사람을 말한다.
5) 영 별표 6에서 "관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람"이란 관절의 운동가능영역이 2분의 1 이상 제한된 사람을 말한다.
6) 영 별표 6에서 "관절의 기능에 장해가 남은 사람"이란 관절의 운동가능영역이 4분의 1 이상 제한된 사람을 말한다.
7) 팔의 관절의 동요는 타동적이거나 자동적이거나의 여부에 불구하고 노동에 지장이 있어 항상 고정장구의 장착이 필요한 사람은 영 별표 6의 "뚜렷한 장해가 남은 사람"으로 인정하고, 노동에 다소의 지장은 있으나 고정장구의 장착을 항상 필요로 하지 않는 사람은 영 별표 6의 "장해가 남은 사람"으로 인정한다.
8) 선천성을 제외한 습관성탈구가 있는 사람은 영 별표 6의 "관절의 기능에 장해가 남은 사람"으로 인정한다.
9) 영 별표 6에서 "한쪽 팔에 가관절(假關節: 부러진 뼈가 완전히 아물지 못하여 그 부분이 마치 관절처럼 움직이는 상태)이 남아 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람"이란 위팔뼈에 가관절이 남은 사람 또는 요골과 척골의 양쪽에 가관절이 남은 사람을 말한다.
10) 영 별표 6에서 "한쪽 팔에 가관절이 남은 사람"이란 요골 또는 척골 중 어느 한쪽에 가관절이 남은 사람을 말한다.
11) 영 별표 6에서 "장관골(팔과 다리의 긴 뼈)에 변형이 남은 사람"이란 위팔뼈의 변형 또는 요골과 척골의 양쪽의 변형으로 외부에서 보아 알 수 있는 정도(15도 이상 활처럼 굽어 부정유합된 것) 이상인

사람을 말하며, 장관골의 골절부가 양방향에 단축(짧아짐) 없이 유착되어 있는 사람은 제외한다. 다만, 요골 또는 척골 중 한쪽만의 변형이라 하더라도 정도가 뚜렷한 경우에는 이에 해당되는 것으로 인정한다.

나. 손가락의 장해

1) 영 별표 6에서 "손가락을 잃은 사람"이란 제1손가락관절 이상을 잃은 사람으로서 손가락이 손허리뼈 또는 첫마디뼈에서 절단된 사람 또는 제1손가락관절에서 첫마디뼈와 중간마디뼈가 서로 떨어져 탈락된 사람을 말한다.

2) 영 별표 6에서 "손가락 뼈의 일부를 잃은 사람"이란 손가락 뼈의 일부를 잃은 것이 엑스선 사진으로 명백한 사람 또는 유리골편(遊離骨片: 따로 떨어진 뼈 조각)이 인정되는 사람을 말한다.

3) 영 별표 6에서 "손가락을 제대로 못쓰게 된 사람"이란 손가락의 끝마디(엄지손가락은 제1손가락관절부터, 그 밖의 손가락은 제2손가락관절부터 말단까지를 말한다)의 2분의 1 이상을 잃은 사람, 손허리손가락관절 또는 제1손가락관절의 운동가능영역이 2분의 1 이상 제한된 사람을 말한다.

4) 영 별표 6에서 "끝마디 관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람"이란 제2손가락관절이 완전히 강직되거나 운동가능영역이 4분의 3 이상 제한된 사람 또는 굽히고 펴는 근육의 손상 등 원인이 명백한 경우로서 자동적으로 굽히고 펼 수 없는 사람을 말한다.

다. 준용등급 결정

1) 같은 팔에 둘 이상의 기질적 장해가 남은 경우

2) 같은 팔에 상실장해와 기능장해가 남은 경우. 다만, 기능장해의 정도에 불구하고 손목관절 이상을 잃은 경우에는 제5급을, 팔꿈치관절 이상을 잃은 경우에는 제4급을 인정한다.

3) 같은 팔의 3대 관절에 기능장해(제대로 못쓰게 된 경우는 제외한다)가 남은 경우. 다만, 한 팔의 3대 관절 전부의 기능에 장해가 남은 경우에는 제10급을 인정한다.

4) 한 팔의 3대 관절에 기능장해와 같은 팔의 손가락에 상실장해 또는 기능장해가 남은 경우

라. 한쪽 팔 또는 한쪽 손가락에 장해가 있던 사람이 새로 다른 쪽 팔

또는 다른 쪽 손가락에 장해가 발생한 경우 또는 한쪽 팔 또는 한쪽 손가락의 장해 정도가 심해지고 다른 쪽 팔 또는 다른 쪽 손가락에도 장해가 발생하여 조합등급에 해당하게 되는 경우에는 제46조제8항에 따라 장해급여의 금액을 산정한다.
마. 위팔뼈 또는 아래팔뼈(요골 및 척골)의 골절로 골절부에 가관절 또는 변형이 남고 그 부위에 제12급 상당의 동통이 있는 경우에는 그 중 높은 장해등급을 인정한다.

10. 다리 및 발가락의 장해
가. 다리의 장해
1) 영 별표 6에서 "다리를 무릎관절 이상에서 잃은 사람"이란 엉덩관절의 경우에는 볼기뼈와 넙다리뼈가 서로 떨어져 탈락된 사람, 엉덩관절과 무릎관절과의 사이(넓적다리)에서 절단된 사람 또는 무릎관절에서 넙다리뼈와 정강이뼈 · 종아리뼈가 서로 떨어져 탈락된 사람을 말한다.
2) 영 별표 6에서 "다리를 발목관절 이상에서 잃은 사람"이란 무릎관절과 발목관절의 사이(정강이)에서 절단된 사람 또는 발목관절에서 정강이뼈 · 종아리뼈와 거골(距骨: 목말뼈)이 서로 떨어져 탈락된 사람을 말한다.
3) 영 별표 6에서 "발목발허리관절(족근중족관절) 이상에서 잃은 사람"이란 족근골[발꿈치뼈 · 거골 · 발배뼈(발목 관절에서 엄지쪽에 위치하는 발목뼈의 하나)와 3개의 설상골(楔狀骨: 쐐기뼈)을 말한다]에서 절단된 사람 또는 중족골과 족근골이 서로 떨어져 탈락된 사람을 말한다.
4) 영 별표 6에서 "다리를 완전히 못쓰게 된 사람"이란 3대 관절(엉덩관절 · 무릎관절 · 발목관절)과 발가락의 전부의 완전강직 또는 운동가능영역이 4분의 3 이상 제한된 사람이나 3대 관절 전부의 완전강직 또는 운동가능영역이 4분의 3 이상 제한된 사람을 말한다.
5) 영 별표 6에서 "관절을 제대로 못쓰게 된 사람"이란 관절의 완전강직 또는 운동가능영역이 4분의 3 이상 제한된 사람 또는 인공골두 또는 인공관절을 삽입하여 치환한 사람을 말하다.
6) 영 별표 6에서 "관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람"이란 관

절의 운동가능영역이 2분의 1 이상 제한된 사람을 말한다.
7) 영 별표 6에서 "관절의 기능에 장해가 남은 사람"이란 관절의 운동가능영역이 4분의 1 이상 제한된 사람을 말한다.
8) 다리의 관절의 동요는 타동적이거나 자동적이거나의 여부에불구하고 노동에 지장이 있어 항상 고정장구의 장착이 절대 필요한 사람은 영 별표 6의 "제대로 못쓰게 된 사람"으로 인정하고, 노동에 다소의 지장은 있으나 고정장구의 장착을 항상 필요로 하지 않는 사람은 영 별표 6의 "기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람"으로 인정하며, 통상의 노동에는 고정장구의 장착이 필요하지 않지만 심하게 격렬한 노동을 할 경우에만 필요한 사람은 영 별표 6의 "기능에 장해가 남은 사람"으로 인정한다.
9) 선청성을 제외한 다리의 습관성 탈구가 있는 사람은 영 별표 6의 "관절의 기능장해가 남은 사람"으로 인정한다.
10) 영 별표 6에서 "한쪽 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장해가 남은 사람"이란 넙다리뼈에 가관절이 남은 사람 또는 정강이뼈와 종아리뼈의 양쪽에 가관절이 남은 사람을 말한다.
11) 영 별표 6에서 "한쪽 다리에 가관절이 남은 사람"이란 정강이뼈 또는 종아리뼈 중 어느 한 쪽에 가관절이 남은 사람을 말하다.
12) 영 별표 6에서 "장관골에 변형이 남은 사람"이란 팔에서의 경우와 같이 그 변형을 외부에서 보아 알 수 있는 정도(15도 이상 활처럼 굽어 부정유합된 것) 이상으로서 넙다리뼈의 변형 또는 정강이뼈의 변형이 있는 사람을 말하며, 장관골의 골절부위가 정상위로 유착되어 있는 경우는 제외한다.
나. 발가락의 장해
1) 영 별표 6에서 "발가락을 잃은 사람"이란 발가락의 전부를 잃은 사람을 말한다.
2) 영 별표 6에서 "발가락을 제대로 못쓰게 된 사람"이란 엄지발가락은 말절골의 2분의 1 이상을, 그 밖의 발가락은 제2발가락관절(끝마디 관절) 이상을 잃은 사람 또는 엄지발가락과 둘째 발가락은 발허리발가락관절 또는 제1발가락관절의 운동가능영역이 2분의 1 이상 제한된 사람, 가운데발가락, 넷째 발가락 및 새끼발가락은 완전강직된 사람을 말한다.

다. 준용등급 결정
1) 같은 다리에 2개 이상의 기질적 장해가 남은 경우
2) 같은 다리에 상실장해와 기능장해가 남은 경우
3) 같은 다리의 3대 관절에 기능장해(제대로 못쓰게 된 경우를 제외한다)가 남은 경우. 다만, 한쪽 다리의 3대 관절 전부의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 경우에는 제8급을, 한쪽 다리의 3대 관절 전부의 기능에 장해가 남은 경우에는 제10급을 인정한다.
4) 한쪽 다리의 3대 관절에 기능장해와 같은 다리의 발가락에 상실장해 또는 기능장해가 남은 경우
5) 한쪽 다리의 연장으로 인하여 정상의 다른 다리의 길이가 3센티미터 이상 짧아진 경우에는 제10급을 인정한다.
6) 발가락을 기부(발가락이 붙어 있는 곳)에서 잃은 사람은 영 별표 6의 "발가락을 잃은 사람"으로 인정한다.
7) 한쪽 발의 발가락에 영 별표 6에 정하여져 있지 않은 상실장해가 남은 경우
8) 한쪽 발의 발가락에 상실장해와 같은 쪽 발의 다른 발가락에 기능장해가 남은 경우
라. 한쪽 다리 또는 한쪽 발가락에 장해가 있던 사람이 새로 다른 쪽 다리 또는 다른 쪽 발가락에 장해가 발생한 경우 또는 한쪽 다리 또는 한쪽 발가락의 장해 정도가 심해지고 다른 쪽 다리 또는 다른 쪽 발가락에도 장해가 발생하여 조합등급에 해당하게 되는 경우에는 제46조제8항에 따라 장해급여의 금액을 산정한다.
마. 다음의 어느 하나에 해당하는 장해가 남은 경우에는 그 중 장해등급이 높은 장해에 따른 장해등급을 인정한다.
1) 골절제가 관절부에서 실시되어 다리의 단축과 관절의 기능장해가 남은 경우
2) 장관골의 골절부위가 부정유합된 결과 장관골의 변형 또는 가관절과 다리의 단축장해가 남은 경우
3) 넙다리뼈 또는 정강이뼈 · 종아리뼈의 골절로 가관절, 장관골의 변형장해 또는 관절의 기능장해가 남고 그 부위에 제12급에 해당하는 동통이 남은 경우. 다만, 발꿈치뼈 골절로 발목관절에 기능장해(관절을 못 쓰게 된 경우는 제외한다)가 남고 골절부위에 제12급에 해당하

는 동통이 남은 경우에는 조정하여 장해등급을 인정한다.

제21관 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.

제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제732조(15세미만자등에 대한 계약의 금지)
15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다. 다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 제735조의3에 따른 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제22관 소득세법

제1조의2(정의)
① 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. “거주자”란 국내에 주소를 두거나 183일 이상의 거소(居所)를 둔 개인을 말한다.
2. “비거주자”란 거주자가 아닌 개인을 말한다.
3. “내국법인”이란 「법인세법」 제2조제1호에 따른 내국법인을 말한다.

4. “외국법인”이란 「법인세법」 제2조제3호에 따른 외국법인을 말한다.

5. “사업자”란 사업소득이 있는 거주자를 말한다.

② 제1항에 따른 주소 · 거소와 거주자 · 비거주자의 구분은 대통령령으로 정한다.

제20조의3(연금소득)

① 연금소득은 해당 과세기간에 발생한 다음 각 호의 소득으로 한다.

1. 공적연금 관련법에 따라 받는 각종 연금(이하 “공적연금소득”이라 한다)

2. 다음 각 목에 해당하는 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금계좌[“연금저축”의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 “연금저축계좌”라 한다) 또는 퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 “퇴직연금계좌”라 한다)를 말한다. 이하 같다]에서 대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출(이하 “연금수령”이라 하며, 연금수령 외의 인출은 “연금외수령”이라 한다)하는 경우의 그 연금

가. 제146조제2항에 따라 원천징수되지 아니한 퇴직소득

나. 제59조의3에 따라 세액공제를 받은 연금계좌 납입액

다. 연금계좌의 운용실적에 따라 증가된 금액

라. 그 밖에 연금계좌에 이체 또는 입금되어 해당 금액에 대한 소득세가 이연(移延)된 소득으로서 대통령령으로 정하는 소득

3. 제2호에 따른 소득과 유사하고 연금 형태로 받는 것으로서 대통령령으로 정하는 소득

② 공적연금소득은 2002년 1월 1일 이후에 납입된 연금 기여금 및 사용자 부담금(국가 또는 지방자치단체의 부담금을 포함한다. 이하 같다)을 기초로 하거나 2002년 1월 1일 이후 근로의 제공을 기초로 하여 받는 연금소득으로 한다.

③ 연금소득금액은 제1항 각 호에 따른 소득의 금액의 합계액(제2항에 따라 연금소득에서 제외되는 소득과 비과세소득의 금액은 제외하며, 이하 “총연금액”이라 한다)에서 제47조의2에 따른 연금소득공제를 적용한 금액으로 한다.

④ 연금소득의 범위 및 계산방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제44조(상속의 경우의 소득금액의 구분 계산)

① 피상속인의 소득금액에 대한 소득세로서 상속인에게 과세할 것과 상속인의 소득금액에 대한 소득세는 구분하여 계산하여야 한다.

② 연금계좌의 가입자가 사망하였으나 그 배우자가 연금외수령 없이 해당 연금계좌를 상속으로 승계하는 경우에는 제1항에도 불구하고 해당 연금계좌에 있는 피상속인의 소득금액은 상속인의 소득금액으로 보아 소득세를 계산한다.

③ 제2항에 따른 연금계좌의 승계방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제50조(기본공제)

① 종합소득이 있는 거주자(자연인만 해당한다)에 대해서는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람의 수에 1명당 연 150만원을 곱하여 계산한 금액을 그 거주자의 해당 과세기간의 종합소득금액에서 공제한다.

1. 해당 거주자
2. 거주자의 배우자로서 해당 과세기간의 소득금액이 없거나 해당 과세기간의 소득금액 합계액이 100만원 이하인 사람(총급여액 500만원 이하의 근로소득만 있는 배우자를 포함한다)
3. 거주자(그 배우자를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)와 생계를 같이 하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 부양가족(제51조제1항제2호의 장애인에 해당되는 경우에는 나이의 제한을 받지 아니한다)으로서 해당 과세기간의 소득금액 합계액이 100만원 이하인 사람(총급여액 500만원 이하의 근로소득만 있는 부양가족을 포함한다)

가. 거주자의 직계존속(직계존속이 재혼한 경우에는 그 배우자로서 대통령령으로 정하는 사람을 포함한다)으로서 60세 이상인 사람

나. 거주자의 직계비속으로서 대통령령으로 정하는 사람과 대통령령으로 정하는 동거 입양자(이하 “입양자”라 한다)로서 20세 이하(20세가 되는 날과 그 이전 기간을 말한다. 이하 이 조에서 같다)인 사람.

이 경우 해당 직계비속 또는 입양자와 그 배우자가 모두 제51조제1항제2호에 따른 장애인에 해당하는 경우에는 그 배우자를 포함한다.

다. 거주자의 형제자매로서 20세 이하 또는 60세 이상인 사람

라. 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급권자 중 대통령령으로 정하는 사람

마. 「아동복지법」에 따른 가정위탁을 받아 양육하는 아동으로서 대통령령으로 정하는 사람(이하 “위탁아동”이라 한다)

② 제1항에 따른 공제를 “기본공제”라 한다.

③ 거주자의 배우자 또는 부양가족이 다른 거주자의 부양가족에 해당되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이를 어느 한 거주자의 종합소득금액에서 공제한다.

제51조(추가공제)

① 제50조에 따른 기본공제대상이 되는 사람(이하 “기본공제대상자”라 한다)이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 거주자의 해당 과세기간 종합소득금액에서 기본공제 외에 각 호별로 정해진 금액을 추가로 공제한다. 다만, 제3호와 제6호에 모두 해당되는 경우에는 제6호를 적용한다.

1. 70세 이상인 사람(이하 “경로우대자”라 한다)의 경우 1명당 연 100만원
2. 대통령령으로 정하는 장애인(이하 “장애인”이라 한다)인 경우 1명당 연 200만원
3. 해당 거주자(해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 3천만원 이하인 거주자로 한정한다)가 배우자가 없는 여성으로서 제50조제1항제3호에 따른 부양가족이 있는 세대주이거나 배우자가 있는 여성인 경우 연 50만원
4. 삭제
5. 삭제
6. 해당 거주자가 배우자가 없는 사람으로서 기본공제대상자인 직계비속 또는 입양자가 있는 경우 연 100만원

② 제1항에 따른 공제를 “추가공제”라 한다.

③ 기본공제와 추가공제를 “인적공제”라 한다.

④ 인적공제의 합계액이 종합소득금액을 초과하는 경우 그 초과하는 공제액은 없는 것으로 한다.

제59조의3(연금계좌세액공제)

① 종합소득이 있는 거주자가 연금계좌에 납입한 금액 중 다음 각 호에 해당하는 금액을 제외한 금액(이하 “연금계좌 납입액”이라 한다)의 100분의 12[해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 4천 500만원 이하(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 5천 500만원 이하)인 거주자에 대해서는 100분의 15]에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 600만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 600만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 900만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

1. 제146조제2항에 따라 소득세가 원천징수되지 아니한 퇴직소득 등 과세가 이연된 소득
2. 연금계좌에서 다른 연금계좌로 계약을 이전함으로써 납입되는 금액

② 제1항에 따른 공제를 “연금계좌세액공제”라 한다.

③「조세특례제한법」제91조의18에 따른 개인종합자산관리계좌의 계약기간이 만료되고 해당 계좌 잔액의 전부 또는 일부를 대통령령으로 정하는 방법으로 연금계좌로 납입한 경우 그 납입한 금액(이하 이 조에서 “전환금액”이라 한다)을 납입한 날이 속하는 과세기간의 연금계좌 납입액에 포함한다.

④ 전환금액이 있는 경우에는 제1항 각 호 외의 부분 단서에도 불구하고 같은 항을 적용할 때 전환금액의 100분의 10 또는 300만원(직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 300만원에서 직전 과세기간에 적용된 금액을 차감한 금액으로 한다) 중 적은 금액과 제1항 각 호 외의 부분 단서에 따라 연금계좌에 납입한 금액으로 하는 금액을 합한 금액을 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 연금계좌세액공제의 계산방법,

신청 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제59조의4(특별세액공제)

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

② 근로소득이 있는 거주자가 기본공제대상자(나이 및 소득의 제한을 받지 아니한다)를 위하여 해당 과세기간에 대통령령으로 정하는 의료비를 지급한 경우 다음 각 호의 금액의 100분의 15(제3호의 경우에는 100분의 20, 제4호의 경우에는 100분의 30)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다.

1. 기본공제대상자를 위하여 지급한 의료비(제2호부터 제4호까지의 의료비는 제외한다)로서 총급여액에 100분의 3을 곱하여 계산한 금액을 초과하는 금액. 다만, 그 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 연 700만원으로 한다.
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 위하여 지급한 의료비. 다만, 제1호의 의료비가 총급여액에 100분의 3을 곱하여 계산한 금액에 미달하는 경우에는 그 미달하는 금액을 뺀다.
   가. 해당 거주자
   나. 과세기간 개시일 현재 6세 이하인 사람
   다. 과세기간 종료일 현재 65세 이상인 사람
   라. 장애인
   마. 대통령령으로 정하는 중증질환자, 희귀난치성질환자 또는 결핵환자

3. 대통령령으로 정하는 미숙아 및 선천성이상아를 위하여 지급한 의료비. 다만, 제1호 및 제2호의 의료비 합계액이 총급여액에 100분의 3을 곱하여 계산한 금액에 미달하는 경우에는 그 미달하는 금액을 뺀다.

4. 대통령령으로 정하는 난임시술(이하 이 호에서 “난임시술”이라 한다)을 위하여 지출한 비용(난임시술과 관련하여 처방을 받은 「약사법」 제2조에 따른 의약품 구입비용을 포함한다). 다만, 제1호부터 제3호까지의 의료비 합계액이 총급여액에 100분의 3을 곱하여 계산한 금액에 미달하는 경우에는 그 미달하는 금액을 뺀다.

③ 근로소득이 있는 거주자가 그 거주자와 기본공제대상자(나이의 제한을 받지 아니하되, 제3호나목의 기관에 대해서는 과세기간 종료일 현재 18세 미만인 사람만 해당한다)를 위하여 해당 과세기간에 대통령령으로 정하는 교육비를 지급한 경우 다음 각 호의 금액의 100분의 15에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득 산출세액에서 공제한다. 다만, 소득세 또는 증여세가 비과세되는 대통령령으로 정하는 교육비는 공제하지 아니한다.

1. 기본공제대상자인 배우자 · 직계비속 · 형제자매 · 입양자 및 위탁아동(이하 이 호에서 “직계비속등”이라 한다)을 위하여 지급한 다음 각 목의 교육비를 합산한 금액. 다만, 대학원에 지급하거나 직계비속등이 제2호라목에 따른 학자금 대출을 받아 지급하는 교육비는 제외하며, 대학생인 경우에는 1명당 연 900만원, 초등학교 취학 전 아동과 초 · 중 · 고등학생인 경우에는 1명당 연 300만원을 한도로 한다.

가. 「유아교육법」, 「초 · 중등교육법」, 「고등교육법」 및 특별법에 따른 학교에 지급하거나 「고등교육법」 제34조제3항의 시험 응시를 위하여 지급한 교육비

나. 다음의 평생교육시설 또는 과정을 위하여 지급한 교육비

1) 「평생교육법」 제31조제2항에 따라 고등학교졸업 이하의 학력이 인정되는 학교형태의 평생교육시설, 같은 조 제4항에 따라 전공대학의 명칭을 사용할 수 있는 평생교육시설(이하 “전공대학”이라 한다)과 같은 법 제33조에 따른 원격대학 형태의 평생교육시설(이하 “원격대학”이라 한다)

2) 「학점인정 등에 관한 법률」 제3조 및 「독학에 의한 학위취득

에 관한 법률」 제5조제1항에 따른 과정 중 대통령령으로 정하는 교육과정(이하 각각의 교육과정을 이 항에서 “학위취득과정”이라 한다)

다. 대통령령으로 정하는 국외교육기관(국외교육기관의 학생을 위하여 교육비를 지급하는 거주자가 국내에서 근무하는 경우에는 대통령령으로 정하는 학생만 해당한다)에 지급한 교육비

라. 초등학교 취학 전 아동을 위하여 「영유아보육법」에 따른 어린이집, 「학원의 설립 · 운영 및 과외교습에 관한 법률」에 따른 학원 또는 대통령령으로 정하는 체육시설에 지급한 교육비(학원 및 체육시설에 지급하는 비용의 경우에는 대통령령으로 정하는 금액만 해당한다)

2. 해당 거주자를 위하여 지급한 다음 각 목의 교육비를 합산한 금액

가. 제1호가목부터 다목까지의 규정에 해당하는 교육비

나. 대학(전공대학, 원격대학 및 학위취득과정을 포함한다) 또는 대학원의 1학기 이상에 해당하는 교육과정과 「고등교육법」 제36조에 따른 시간제 과정에 지급하는 교육비

다. 「국민 평생 직업능력 개발법」 제2조에 따른 직업능력개발훈련시설에서 실시하는 직업능력개발훈련을 위하여 지급한 수강료. 다만, 대통령령으로 정하는 지원금 등을 받는 경우에는 이를 뺀 금액으로 한다.

라. 대통령령으로 정하는 학자금 대출의 원리금 상환에 지출한 교육비. 다만, 대출금의 상환 연체로 인하여 추가로 지급하는 금액 등 대통령령으로 정하는 지급액은 제외한다.

3. 기본공제대상자인 장애인(소득의 제한을 받지 아니한다)을 위하여 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자에게 지급하는 대통령령으로 정하는 특수교육비

가. 대통령령으로 정하는 사회복지시설 및 비영리법인

나. 장애인의 기능향상과 행동발달을 위한 발달재활서비스를 제공하는 대통령령으로 정하는 기관

다. 가목의 시설 또는 법인과 유사한 것으로서 외국에 있는 시설 또는 법인

④ 거주자(사업소득만 있는 자는 제외하되, 제73조제1항제4호에 따른 자 등 대통령령으로 정하는 자는 포함한다)가 해당 과세기간에 지급한

기부금[제50조제1항제2호 및 제3호에 해당하는 사람(나이의 제한을 받지 아니하며, 다른 거주자의 기본공제를 적용받은 사람은 제외한다)이 지급한 기부금을 포함한다]이 있는 경우 다음 각 호의 기부금을 합한 금액에서 사업소득금액을 계산할 때 필요경비에 산입한 기부금을 뺀 금액의 100분의 15(해당 금액이 1천만원을 초과하는 경우 그 초과분에 대해서는 100분의 30)에 해당하는 금액(이하 제61조제2항에서 “기부금 세액공제액”이라 한다)을 해당 과세기간의 합산과세되는 종합소득산출세액(필요경비에 산입한 기부금이 있는 경우 사업소득에 대한 산출세액은 제외한다)에서 공제한다. 이 경우 제1호의 기부금과 제2호의 기부금이 함께 있으면 제1호의 기부금을 먼저 공제하되, 2013년 12월 31일 이전에 지급한 기부금을 2014년 1월 1일 이후에 개시하는 과세기간에 이월하여 소득공제하는 경우에는 해당 과세기간에 지급한 기부금보다 먼저 공제한다.

1. 제34조제2항제1호의 특례기부금
2. 제34조제3항제1호의 일반기부금. 이 경우 한도액은 다음 각 목의 구분에 따른다.

가. 종교단체에 기부한 금액이 있는 경우

한도액 = [종합소득금액(제62조에 따른 원천징수세율을 적용받는 이자소득 및 배당소득은 제외한다)에서 제1호에 따른 기부금을 뺀 금액을 말하며, 이하 이 항에서 “소득금액”이라 한다] × 100분의 10 + [소득금액의 100분의 20과 종교단체 외에 기부한 금액 중 적은 금액]

나. 가목 외의 경우

한도액 = 소득금액의 100분의 30

⑤ 제1항부터 제3항까지의 규정을 적용할 때 과세기간 종료일 이전에 혼인 · 이혼 · 별거 · 취업 등의 사유로 기본공제대상자에 해당되지 아니하게 되는 종전의 배우자 · 부양가족 · 장애인 또는 과세기간 종료일 현재 65세 이상인 사람을 위하여 이미 지급한 금액이 있는 경우에는 그 사유가 발생한 날까지 지급한 금액에 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 율을 적용한 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다.

⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 공제는 해당 거주자가 대통령령으로 정하는 바에 따라 신청한 경우에 적용한다.

⑦ 국세청장은 제3항제2호라목에 따른 교육비가 세액공제 대상에 해당하는지 여부를 확인하기 위하여 「한국장학재단 설립 등에 관한 법률」 제6조에 따른 한국장학재단 등 학자금 대출 · 상환업무를 수행하는 대통령령으로 정하는 기관(이하 이 항에서 “한국장학재단등”이라 한다)에 학자금대출 및 원리금 상환내역 등 대통령령으로 정하는 자료의 제공을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 한국장학재단등은 특별한 사유가 없으면 그 요청에 따라야 한다.

⑧ 제4항에도 불구하고 2024년 1월 1일부터 2024년 12월 31일까지 지급한 기부금을 해당 과세기간의 합산과세되는 종합소득산출세액(필요경비에 산입한 기부금이 있는 경우 사업소득에 대한 산출세액은 제외한다)에서 공제하는 경우에는 같은 항에 따른 세액공제액 외에 같은 항 각 호의 기부금을 합한 금액에서 사업소득금액을 계산할 때 필요경비에 산입한 기부금을 뺀 금액이 3천만원을 초과하는 경우 그 초과분에 대해서는 100분의 10에 해당하는 금액을 추가로 공제한다.

⑨ 거주자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 다음 각 호의 구분에 따른 금액을 종합소득산출세액에서 공제(이하 “표준세액공제”라 한다)한다.

1. 근로소득이 있는 거주자로서 제6항, 제52조제8항 및 「조세특례제한법」 제95조의2제2항에 따른 소득공제나 세액공제 신청을 하지 아니한 경우: 연 13만원

2. 종합소득이 있는 거주자(근로소득이 있는 자는 제외한다)로서 「조세특례제한법」 제122조의3에 따른 세액공제 신청을 하지 아니한 경우: 다음 각 목의 구분에 따른 금액

가. 제160조의5제3항에 따른 사업용계좌의 신고 등 대통령령으로 정하는 요건에 해당하는 사업자(이하 “성실사업자”라 한다)의 경우: 연 12만원

나. 가목 외의 경우: 연 7만원

⑩ 제1항부터 제9항까지의 규정에 따른 공제를 “특별세액공제”라 한다.

⑪ 특별세액공제에 관하여 그밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제23관 소득세법 시행령

제20조의2(의료 목적 또는 부득이한 인출의 요건 등)

① 법 제14조제3항제9호나목에서 “의료목적, 천재지변이나 그 밖에 부득이한 사유 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖추어 인출하는 연금소득”이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 법 제20조의3제1항제2호에 따른 연금계좌(이하 “연금계좌”라 한다)에서 인출하는 금액을 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사유가 발생하여 연금계좌에서 인출하려는 사람이 해당 사유가 확인된 날부터 6개월 이내에 그 사유를 확인할 수 있는 서류를 갖추어 연금계좌를 취급하는 금융회사 등(이하 “연금계좌취급자”라 한다)에게 제출하는 경우

가. 천재지변

나. 연금계좌 가입자의 사망 또는 「해외이주법」에 따른 해외이주

다. 연금계좌 가입자 또는 그 부양가족[법 제50조에 따른 기본공제대상이 되는 사람(소득의 제한은 받지 아니한다)으로 한정한다]이 질병 · 부상에 따라 3개월 이상의 요양이 필요한 경우

라. 연금계좌 가입자가 「재난 및 안전관리 기본법」 제66조제1항제2호의 재난으로 15일 이상의 입원 치료가 필요한 피해를 입은 경우

마. 연금계좌 가입자가 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 파산의 선고 또는 개인회생절차개시의 결정을 받은 경우

바. 연금계좌취급자의 영업정지, 영업 인 · 허가의 취소, 해산결의 또는 파산선고

2. 제40조의2제3항제1호 및 제2호를 충족한 연금계좌 가입자가 제118조의5제1항 및 제2항에 따른 의료비(본인을 위한 의료비에 한정한다)를 연금계좌에서 인출하기 위하여 해당 의료비를 지급한 날부터 6개월 이내에 기획재정부령으로 정하는 증명서류를 연금계좌취급자에게 제출하는 경우

② 제1항제1호다목 및 라목에 따라 인출하는 금액은 제118조의5제1항 및 제2항에 따른 의료비, 간병인 비용, 보건복지부 장관이 고시하

는 최저생계비 등을 고려하여 기획재정부령으로 정하는 금액 이내의 금액으로 한정한다.
③ 제1항제2호에 따라 의료비를 인출하는 경우에는 1명당 하나의 연금계좌만 의료비연금계좌로 지정(해당 연금계좌의 연금계좌취급자가 지정에 동의하는 경우에 한정한다)하여 인출할 수 있다.
④ 연금계좌취급자는 제1항제1호 및 제2호에 따라 제출받은 증명서류를 해당 인출에 대한 원천징수세액 납부기한의 다음 날부터 5년간 보관하여야 한다.
⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에서 정한 사항 외에 연금계좌 인출의 절차 등에 필요한 사항은 기획재정부령으로 정한다.

제25조(저축성보험의 보험차익)
① 법 제16조제1항제9호 각 목 외의 부분 본문에서 "대통령령으로 정하는 저축성보험의 보험차익"이란 보험계약에 따라 만기 또는 보험의 계약기간 중에 받는 보험금 · 공제금 또는 계약기간 중도에 해당 보험계약이 해지됨에 따라 받는 환급금(피보험자의 사망 · 질병 · 부상 그 밖의 신체상의 상해로 인하여 받거나 자산의 멸실 또는 손괴로 인하여 받는 것이 아닌 것으로 한정하며, 이하 이 조에서 "보험금"이라 한다)에서 납입보험료 또는 납입공제료(이하 이 조에서 "보험료"라 한다)를 뺀 금액을 말한다.
② 제1항에서 "보험계약"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
1. 「보험업법」에 따른 생명보험계약 또는 손해보험계약
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당되는 기관이 해당 법률에 의하여 영위하는 생명공제계약 또는 손해공제계약
가. 삭제
나. 「수산업협동조합법」에 의한 수산업협동조합중앙회 및 조합
다. 삭제
라. 「신용협동조합법」에 의한 신용협동조합중앙회
마. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고중앙회
3. 「우체국예금 · 보험에 관한 법률」에 의한 우체국보험계약
4. 제1호부터 제3호까지의 계약과 유사한 계약으로서 위험보장을

목적으로 우연한 사건 발생에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약정하고 대가를 수수하는 계약

③ 법 제16조제1항제9호가목에서 “대통령령으로 정하는 요건을 갖춘 보험”이란 보험계약(제2항제4호의 계약 및 「보험업법」 제3조 단서에 따라 체결한 보험계약은 제외한다) 체결시점부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험을 말한다.

1. 계약자 1명당 납입할 보험료 합계액[계약자가 가입한 모든 저축성보험계약(제2호에 따른 저축성보험 및 제4항에 따른 종신형 연금보험은 제외한다)의 보험료 합계액을 말한다]이 다음 각 목의 구분에 따른 금액 이하인 저축성보험. 다만, 최초로 보험료를 납입한 날(이하 이 조에서 “최초납입일”이라 한다)부터 만기일 또는 중도해지일까지의 기간은 10년 이상이지만 납입한 보험료를 최초납입일부터 10년이 경과하기 전에 확정된 기간 동안 연금형태로 분할하여 지급받는 경우는 제외한다.

가. 2017년 3월 31일까지 체결하는 보험계약의 경우: 2억원

나. 2017년 4월 1일부터 체결하는 보험계약의 경우: 1억원

2. 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 월적립식 저축성보험

가. 최초납입일부터 납입기간이 5년 이상인 월적립식 보험계약일 것

나. 최초납입일부터 매월 납입하는 기본보험료가 균등(최초 계약한 기본보험료의 1배 이내로 기본보험료를 증액하는 경우를 포함한다)하고, 기본보험료의 선납기간이 6개월 이내일 것

다. 계약자 1명당 매월 납입하는 보험료 합계액[계약자가 가입한 모든 월적립식 보험계약(만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험계약으로서 기획재정부령으로 정하는 것은 제외한다)의 기본보험료, 추가로 납입하는 보험료 등 월별로 납입하는 보험료를 기획재정부령으로 정하는 방식에 따라 계산한 합계액을 말한다]이 150만원 이하일 것(2017년 4월 1일부터 체결하는 보험계약으로 한정한다)

④ 법 제16조제1항제9호나목에서 “대통령령으로 정하는 요건을 갖춘 종신형 연금보험”이란 보험계약(제2항제4호의 계약 및 「보험업법」 제3조 단서에 따라 체결한 보험계약은 제외한다) 체결시점부터 다음 각

호의 요건을 모두 갖춘 종신형 연금보험을 말한다.

1. 계약자가 보험료 납입 계약기간 만료 후 55세 이후부터 사망시까지 보험금 · 수익 등을 연금으로 지급받을 것

2. 연금 외의 형태로 보험금 · 수익 등을 지급하지 아니할 것

3. 사망시[「통계법」 제18조에 따라 국가데이터처장이 승인하여 고시하는 통계표에 따른 성별 · 연령별 기대여명 연수(소수점 이하는 버리며, 이하 이 조에서 "기대여명연수"라 한다) 이내에서 보험금 · 수익 등을 연금으로 지급하기로 보증한 기간(이하 이 조에서 "보증기간"이라 한다)이 설정된 경우로서 계약자가 해당 보증기간 이내에 사망한 경우에는 해당 보증기간의 종료시를 말한다] 보험계약 및 연금재원이 소멸할 것

4. 계약자와 피보험자 및 수익자가 동일하고 최초 연금지급개시 이후 사망일 전에 중도해지할 수 없을 것

5. 매년 수령하는 연금액[연금수령 개시 후에 금리변동에 따라 변동된 금액과 이연(移延)하여 수령하는 연금액은 포함하지 아니한다]이 다음의 계산식에 따라 계산한 금액을 초과하지 아니할 것

$$\frac{\text{연금수령 개시일 현재 연금계좌 평가액}}{\text{연금수령 개시일 현재 기대여명연수}} \times 3$$

⑤ 제3항 및 제4항의 보험계약을 체결한 후 해당 요건을 충족하지 못하게 된 경우에는 그 보험계약은 제3항 및 제4항의 보험계약에서 제외한다. 다만, 제3항제2호에 해당하는 보험계약이 그 보험계약을 체결한 후 해당 요건을 충족하지 못하게 된 경우라도 제3항제1호의 요건을 충족하는 경우 그 보험계약은 제3항제1호의 보험계약에 해당하는 것으로 보며, 제4항에 해당하는 보험계약이 그 보험계약을 체결한 후 해당 요건을 충족하지 못하게 된 경우라도 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 요건을 갖춘 경우 그 보험계약은 제3항 각 호의 보험계약에 해당하는 것으로 본다.

⑥ 제3항제1호 및 제2호의 보험계약과 2013년 2월 15일 전에 체결된 보험계약(대통령령 제24356호 소득세법 시행령 일부개정령 부칙 제35조에 따라 종전의 제25조제1항을 적용하는 보험계약을 말하며, 이하 이 항에서 "종전의 보험계약"이라 한다)에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 변경(종전의 보험계약에 대해서는 제3호의 변

경으로 한정한다)이 있는 때에는 그 변경일을 해당 보험계약의 최초납입일로 한다. 다만, 제3항제2호의 보험계약에 대하여 제1호 또는 제2호에 해당하는 변경이 있을 때에는 계약변경일까지의 보험료 납입기간은 제3항제2호가목에 따른 납입기간에 포함하고, 계약변경 전에 납입한 보험료는 계약변경 이후에도 제3항제2호나목의 요건을 충족한 것으로 본다.

1. 계약자 명의가 변경(사망에 의한 변경은 제외한다)되는 경우
2. 보장성보험을 저축성보험으로 변경하는 경우
3. 최초 계약한 기본보험료의 1배를 초과하여 기본보험료를 증액하는 경우

⑦ 제6항 및 제9항에 따라 보험계약을 변경하는 경우 제3항제1호 및 같은 항 제2호다목에 따른 보험료 합계액의 계산방식은 기획재정부령으로 정한다.

⑧ 제1항의 규정에 의한 보험료를 계산함에 있어서 보험계약기간중에 보험계약에 의하여 받은 배당금 기타 이와 유사한 금액(이하 이 항에서 “배당금등”이라 한다)은 이를 납입보험료에서 차감하되, 그 배당금등으로 납입할 보험료를 상계한 경우에는 배당금등을 받아 보험료를 납입한 것으로 본다.

⑨ 보장성보험계약의 보험금 일부를 약정에 따라 감액하여 그 감액분에 상당하는 금액(이하 이 조에서 “보험금감액분”이라 한다)을 연금형태로 분할하여 지급방는 경우에는 이를 저축성보험계약으로 변경한 것으로 보며, 최초로 그 보험금감액분을 연금형태로 분할하여 지급받는 날(이하 이 조에서 “최초연금지급일”이라 한다)을 계약변경에 따른 저축성보험계약의 최초납입일로 본다. 이 경우 최초연금지급일까지의 보험료 납입기간을 제3항제2호가목에 따른 납입기간에 포함하고, 연금지급일 전에 납입한 보험료는 계약변경 이후에도 제3항제2하나목의 요건을 충족한 것으로 본다.

⑩ 제9항에 따라 저축성보험계약으로 변경할 때 해당 계약변경이 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에는 같은 항 전단에도 불구하고 기존의 보장성보험계약의 최초납입일을 계약변경에 따른 저축성보험계약의 최초납입일로 본다.

1. 기존의 보장성보험계약이 피보험자의 사망·질병·부상 또는 그 밖

의 신체상의 상해를 보험금의 지급 사유로 하는 월적립식 보험계약으로서 보험금이 9억원 이하일 것

2. 최초연금지급일 전에 보험료 납입이 완료되었을 것

3. 계약변경에 따른 저축성보험계약의 계약자, 피보험자 및 수익자가 같은 사람일 것

4. 계약자가 55세 이후부터 보험금감액분을 연금형태로 분할하여 지급받을 것

제26조(이자소득의 범위)

① 법 제16조제1항제10호에서 "대통령령으로 정하는 직장공제회"란 「민법」 제32조 또는 그 밖의 법률에 따라 설립된 공제회 · 공제조합(이와 유사한 단체를 포함한다)으로서 동일직장이나 직종에 종사하는 근로자들의 생활안정, 복리증진 또는 상호부조 등을 목적으로 구성된 단체를 말한다.

② 법 제16조제1항제10호에 따른 초과반환금은 근로자가 퇴직하거나 탈퇴하여 그 규약에 따라 직장공제회로부터 받는 반환금에서 납입공제료를 뺀 금액(이하 "납입금 초과이익"이라 한다)과 반환금을 분할하여 지급하는 경우 그 지급하는 기간 동안 추가로 발생하는 이익(이하 "반환금 추가이익"이라 한다)으로 한다.

③ 법 제16조제1항제11호에 따른 비영업대금(非營業貸金)의 이익은 금전의 대여를 사업목적으로 하지 아니하는 자가 일시적 · 우발적으로 금전을 대여함에 따라 지급받는 이자 또는 수수료 등으로 한다.

④ 거주자가 일정기간 후에 같은 종류로서 같은 양의 채권을 반환받는 조건으로 채권을 대여하고 해당 채권의 차입자로부터 지급받는 해당 채권에서 발생하는 이자에 상당하는 금액은 법 제16조제1항제12호에 따른 이자소득에 포함된다.

⑤ 법 제16조제1항제13호에서 "대통령령으로 정하는 바에 따라 결합된 경우"란 개인이 이자소득이 발생하는 상품(이하 이 항에서 "이자부상품"이라 한다)과 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제5조에 따른 파생상품(이하 "파생상품"이라 한다)을 함께 거래하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

1. 다음 각 목의 요건을 모두 갖추어 실질상 하나의 상품과 같이

운영되는 경우

가. 금융회사 등이 직접 개발 · 판매한 이자부상품의 거래와 해당 금융회사 등의 파생상품 계약이 해당 금융회사 등을 통하여 이루어질 것

나. 파생상품이 이자부상품의 원금 및 이자소득의 전부 또는 일부(이하 이 항에서 “이자소득등”이라 한다)나 이자소득등의 가격 · 이자율 · 지표 · 단위 또는 이를 기초로 하는 지수 등에 따라 산출된 금전이나 그 밖의 재산적 가치가 있는 것을 거래하는 계약일 것

다. 가목에 따른 금융회사 등이 이자부상품의 이자소득등과 파생상품으로부터 이익을 지급할 것

2. 다음 각 목의 요건을 모두 갖추어 장래의 특정 시점에 금융회사 등이 지급하는 파생상품(「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제166조의2제1항제1호에 해당하는 경우에 한정한다)으로부터의 이익이 확정되는 경우

가. 금융회사 등이 취급한 이자부상품의 거래와 해당 금융회사 등의 파생상품의 계약이 해당 금융회사 등을 통하여 이루어질 것(이자부상품의 거래와 파생상품의 계약이 2 이상의 금융회사 등을 통하여 별도로 이루어지더라도 파생상품의 계약을 이행하기 위하여 이자부상품을 질권으로 설정하거나 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률 시행령」 제103조에 따른 금전신탁을 통하여 이루어지는 경우를 포함한다)

나. 파생상품이 이자부상품의 이자소득등이나 이자소득등의 가격 · 이자율 · 지표 · 단위 또는 이를 기초로 하는 지수 등에 따라 산출된 금전이나 그 밖의 재산적 가치가 있는 것을 거래하는 계약일 것

다. 파생상품으로부터의 확정적인 이익이 이자부상품의 이자소득보다 클 것

⑥ 거주자가 환매기간에 따른 사전약정이율을 적용하여 환매수하는 조건으로 채권 또는 채권에 준하는 증권(이하 이 항 및 제26조의3제7항에서 “채권등”이라 한다)을 매도하고 환매수하는 날까지 해당 채권등의 매수인으로부터 지급받는 해당 채권등에서 발생하는 이자에 상당하는 금액은 법 제16조제1항제12호에 따른 이자소득에 포함된다.

제40조의2(연금계좌 등)

① 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 “”연금저축“의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌”란 제1호에 해당하는 계좌를 말하고, “퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌”란 제2호에 해당하는 계좌를 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사 등과 체결한 계약에 따라 “연금저축”이라는 명칭으로 설정하는 계좌(이하 “연금저축계좌”라 한다)

가. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제12조에 따라 인가를 받은 신탁업자와 체결하는 신탁계약

나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제12조에 따라 인가를 받은 투자중개업자와 체결하는 집합투자증권 중개계약

다. 제25조제2항에 따른 보험계약을 취급하는 기관과 체결하는 보험계약

2. 퇴직연금을 지급받기 위하여 가입하여 설정하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 계좌(이하 “퇴직연금계좌”라 한다)

가. 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제9호의 확정기여형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌

나. 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제10호의 개인형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌

다. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 중소기업퇴직연금기금제도에 따라 설정하는 계좌

라. 「과학기술인공제회법」 제16조제1항에 따른 퇴직연금급여를 지급받기 위하여 설정하는 계좌

② 연금계좌의 가입자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우 법 제59조의3제1항에 따른 연금계좌 납입액(제118조의3에 따라 연금계좌에 납입한 것으로 보는 금액을 포함하며, 이하 “연금보험료”라 한다)으로 볼 수 있다.

1. 다음 각 목의 금액(다목 및 라목에 따라 연금계좌로 납입하는 총 누적금액의 합계액은 1억원을 한도로 한다)을 합한 금액 이내(연금계좌가 2개 이상인 경우에는 그 합계액을 말한다)의 금액을 납입할 것. 이 경우 해당 과세기간 이전의 연금보험료는 납입할 수 없으나, 보험

계약의 경우에는 최종납입일이 속하는 달의 말일부터 3년 2개월이 경과하기 전에는 그 동안의 연금보험료를 납입할 수 있다.

가. 연간 1천800만원

나. 법 제59조의3제3항에 따른 전환금액[「조세특례제한법」 제91조의18에 따른 개인종합자산관리계좌(이하 “개인종합자산관리계좌”라 한다)의 계약기간 만료일 기준 잔액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다. 다만, 직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 개인종합자산관리계좌의 계약기간 만료일 기준 잔액에서 직전 과세기간에 납입한 금액을 차감한 금액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다]

다. 국내에 소유한 주택(이하 이 조에서 “연금주택”이라 한다)을 양도하고 이를 대체하여 다른 주택(이하 이 조에서 “축소주택”이라 한다)을 취득(연금주택을 양도한 거주자의 배우자가 취득하는 경우를 포함한다. 이하 이 목에서 같다)하거나 취득하지 않은 거주자로서 다음의 요건을 모두 충족하는 거주자가 연금주택 양도가액에서 축소주택 취득가액(취득하지 않은 경우에는 0으로 한다)을 뺀 금액(해당 금액이 0보다 작은 경우에는 0으로 하며, 이하 이 조에서 “주택차액”이라 한다) 중 연금계좌로 납입하는 금액

1) 연금주택 양도일 현재 거주자 또는 그 배우자가 60세 이상일 것

2) 연금주택 양도일 현재 거주자 및 그 배우자가 국내에 소유한 주택을 합산했을 때 연금주택 1주택만 소유하고 있을 것. 다만, 연금주택을 양도하기 전에 축소주택을 취득한 경우로서 축소주택을 취득한 날부터 6개월 이내에 연금주택을 양도한 경우에는 연금주택 양도일 현재 연금주택 1주택만 소유하고 있는 것으로 본다.

3) 연금주택 양도일 현재 연금주택의 법 제99조에 따른 기준시가가 12억원 이하일 것

4) 축소주택의 취득가액이 연금주택의 양도가액 미만일 것(축소주택을 취득한 경우에만 해당한다)

5) 연금주택 양도일부터 6개월 이내에 주택차액을 연금주택 소유자의 연금계좌로 납입할 것

라. 국내에 소유한 토지 또는 건물(이하 이 조에서 “연금부동산”

이라 한다)을 양도한 거주자로서 다음의 요건을 모두 충족하는 거주자가 연금부동산의 양도가액에서 연금부동산의 취득가액을 뺀 금액(해당 금액이 0보다 작은 경우에는 0으로 하며, 이하 이 조에서 “연금부동산 양도차액”이라 한다) 중 연금계좌로 납입하는 금액

1) 연금부동산 양도일 현재 거주자가 「기초연금법」 제2조제3호에 따른 기초연금 수급자일 것

2) 연금부동산 양도일 현재 거주자 및 그 배우자가 1주택 또는 무주택 세대의 구성원일 것

3) 연금부동산 양도일 현재 연금부동산을 보유한 기간이 10년 이상일 것

4) 연금부동산 양도일부터 6개월 이내에 연금부동산 양도차액을 연금부동산 소유자의 연금계좌로 납입할 것

2. 연금수령 개시를 신청한 날(연금수령 개시일을 사전에 약정한 경우에는 약정에 따른 개시일을 말한다) 이후에는 연금보험료를 납입하지 않을 것

③ 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 “대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출”이란 연금계좌에서 다음 각 호의 요건을 모두 갖추어 인출하거나 제20조의2제1항에 따라 인출(이하 “연금수령”이라 하며, 연금수령 외의 인출은 “연금외수령”이라 한다)하는 것을 말한다. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목의 퇴직소득을 제20조의2제1항제1호나목에 따른 해외이주에 해당하는 사유로 인출하는 경우에는 해당 퇴직소득을 연금계좌에 입금한 날부터 3년 이후 해외이주하는 경우에 한정하여 연금수령으로 본다.

1. 가입자가 55세 이후 연금계좌취급자에게 연금수령 개시를 신청한 후 인출할 것

2. 연금계좌의 가입일부터 5년이 경과된 후에 인출할 것. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목에 따른 금액(퇴직소득이 연금계좌에서 직접 인출되는 경우를 포함하며, 이하 “이연퇴직소득”이라 한다)이 연금계좌에 있는 경우에는 그러하지 아니한다.

3. 과세기간 개시일(연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 과세기간에는 연금수령 개시를 신청한 날로 한다) 현재 다음의 계산식에 따라 계산된 금액(이하 “연금수령한도”라 한다) 이내에서 인출할 것. 이 경

우 제20조의2제1항에 따라 인출한 금액은 인출한 금액에 포함하지 아니한다.

④ 제3항제3호의 계산식에서 “연금수령연차”란 최초로 연금수령할 수 있는 날이 속하는 과세기간을 기산연차로 하여 그 다음 과세기간을 누적 합산한 연차를 말하며, 연금수령연차가 11년 이상인 경우에는 그 계산식을 적용하지 아니한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우의 기산연차는 다음 각 호를 따른다.

1. 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌[2013년 3월 1일 전에 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제8호에 따른 확정급여형퇴직연금제도(이하 “확정급여형퇴직연금제도”라 한다)에 가입한 사람이 퇴직하여 퇴직소득 전액이 새로 설정된 연금계좌로 이체되는 경우를 포함한다]의 경우: 6년차

2. 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계한 경우: 사망일 당시 피상속인의 연금수령연차

⑤ 연금계좌에서 연금수령한도를 초과하여 인출하는 금액은 연금외수령하는 것으로 본다.

⑥ 연금계좌 가입자가 연금수령개시 또는 연금계좌의 해지를 신청하는 경우 연금계좌취급자는 기획재정부령으로 정하는 연금수령개시 및 해지명세서를 다음 달 10일까지 관할 세무서장에게 제출하여야 한다.

⑦ 거주자는 주택차액 또는 연금부동산 양도차액(이하 이 조에서 “주택차액등”이라 한다)을 연금계좌에 납입하려는 경우 기획재정부령으로 정하는 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 연금계좌취급자에게 제출해야 한다.

1. 연금주택 또는 연금부동산 매매계약서
2. 축소주택 매매계약서(축소주택을 매입한 경우만 해당한다)
3. 그 밖에 기획재정부령으로 정하는 서류

⑧ 거주자가 주택차액등을 연금계좌에 납입한 후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하게 된 경우에는 그 납입일부터 연금계좌에 납입한 금액 전액을 연금보험료로 보지 않는다.

1. 주택차액등을 연금계좌에 납입할 당시 제2항제1호다목 또는 라목의 요건을 충족하지 못한 사실이 확인된 경우
2. 주택차액을 연금계좌에 납입한 날부터 5년 이내에 거주자 또는

그 배우자가 주택을 새로 취득한 경우로서 연금주택의 양도가액에서 새로 취득한 주택의 취득가액을 뺀 금액이 연금계좌에 납입한 금액보다 작은 경우

⑨ 국세청장은 주택차액등을 연금계좌에 납입한 거주자가 제8항 각 호에 해당하는지 여부를 확인한 후 그에 해당하는 사람이 있으면 그 사실을 매년 2월 말일까지 해당 연금계좌취급자에게 통보해야 하고, 연금계좌취급자는 이를 해당 거주자에게 통보해야 한다.

⑩ 연금계좌취급자는 제9항에 따른 통보를 받은 경우 제8항에 따라 연금보험료로 보지 않는 주택차액등 연금계좌 납입금과 그 운용실적에 따라 증가된 금액을 거주자에게 반환해야 한다. 이 경우 거주자는 그 반환 금액을 연금외수령하는 것으로 본다.

⑪ 1주택을 둘 이상의 거주자가 공동으로 소유하고 있는 경우에는 지분비율만큼 각각 1주택을 소유한 것으로 보아 제2항제1호다목·라목 및 제7항부터 제10항까지의 규정을 적용한다. 다만, 1주택을 거주자와 그 배우자가 공동으로 소유하고 있는 경우에는 함께 1주택을 소유한 것으로 보아 제2항제1호다목2) 및 같은 호 라목2)를 적용한다.

⑫ 제11항을 적용할 때 제2항제1호다목3)에 따른 기준시가는 주택의 소유 지분에도 불구하고 해당 주택 전체에 대한 기준시가를 말하며, 주택의 소유 지분을 양도하거나 취득하는 경우 같은 목 4) 및 제8항제2호에 따른 양도가액 및 취득가액은 해당 주택 전체를 기준으로 한 가액으로서 기획재정부령으로 정하는 바에 따라 계산한 가액으로 한다.

제40조의4(연금계좌의 이체)

① 연금계좌에 있는 금액이 연금수령이 개시되기 전의 다른 연금계좌로 이체되는 경우에는 이를 인출로 보지 아니하다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니한다.

1. 연금저축계좌와 퇴직연금계좌 상호 간에 이체되는 경우
2. 2013년 3월 1일 이후에 가입한 연금계좌에 있는 금액이 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌로 이체되는 경우
3. 퇴직연금계좌에 있는 일부 금액이 이체되는 경우

② 제1항 단서 및 같은 항 제1호에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하

나에 해당하는 경우에는 인출로 보지 아니한다.

1. 제40조의2제3항제1호 및 제2호의 요건을 갖춘 연금저축계좌의 가입자가 제40조의2제1항제2호나목에 해당하는 퇴직연금계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우

2. 제40조의2제3항제1호 및 제2호의 요건을 갖춘 퇴직연금계좌(제40조의2제1항제2호나목에 해당하는 경우에 한정한다)의 가입자가 연금저축계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우

③ 제1항을 적용할 때 일부 금액이 이체(제1항제3호의 경우를 제외한다)되는 경우에는 제40조의3제1항 각 호의 순서에 따라 이체되는 것으로 본다.

④ 제1항 및 제2항을 적용할 때 연금계좌의 가입일 등은 이체받은 연금계좌를 기준으로 이 영을 적용한다. 다만, 연금계좌가 새로 설정되어 전액이 이체되는 경우에는 이체되기 전의 연금계좌를 기준으로 할 수 있다.

⑤ 연금계좌의 이체에 따라 연금계좌취급자가 변경되는 경우에는 이체하는 연금계좌취급자가 이체와 함께 기획재정부령으로 정하는 연금계좌이체명세서를 이체받는 연금계좌취급자에게 통보하여야 한다.

제100조의2(연금계좌의 승계 등)

① 법 제44조제2항에 따라 상속인이 연금계좌를 승계하는 경우 해당 연금계좌의 소득금액을 승계하는 날에 그 연금계좌에 가입한 것으로 본다. 다만, 제40조의2제3항제2호의 연금계좌의 가입일은 피상속인의 가입일로 하여 적용한다.

② 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계하려는 상속인은 피상속인이 사망한 날이 속하는 달의 말일부터 6개월 이내에 연금계좌취급자에게 승계신청을 하여야 한다. 이 경우 상속인은 피상속인이 사망한 날부터 연금계좌를 승계한 것으로 본다.

③ 제2항 전단에 따른 승계신청을 받은 연금계좌취급자는 사망일부터 승계신청일까지 인출된 금액에 대하여 이를 피상속인이 인출한 소득으로 보아 이미 원천징수된 세액과 상속인이 인출한 금액에 대한 세액과의 차액이 있으면 세액을 정산하여야 한다.

④ 연금계좌의 가입자가 사망하였으나 제2항 전단에 따른 승계신청을 하지 아니한 경우에는 사망일 현재 다음 각 호의 합계액을 인출하였다고 보아 계산한 세액에서 사망일부터 사망확인일(연금계좌취급자가 확인한 날을 말하며, 사망확인일이 승계신청기한 이전인 경우에는 신청기한의 말일로 하고, 상속인이 신청기한이 지나기 전에 인출하는 경우에는 인출하는 날을 말한다. 이하 이 항에서 같다)까지 이미 원천징수된 세액을 뺀 금액을 피상속인의 소득세로 한다.

1. 사망일부터 사망확인일까지 인출한 소득
2. 사망확인일 현재 연금계좌에 있는 소득

제107조(장애인의 범위)

① 법 제51조제1항제2호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)부터 10)까지 외의 부분 전단에 따른 희귀성난치질환등 또는 이와 유사한 질병·부상으로 인해 중단 없이 주기적인 치료가 필요한 사람으로서 의료기관의 장이 취업·취학 등 일상적인 생활에 지장이 있다고 인정하는 사람
4. 삭제

② 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람이 장애인공제를 받으려는 때에는 기획재정부령으로 정하는 장애인증명서(「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람의 경우에는 해당 증명서 · 장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애사실을 증명하는 서류로 하며, 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동으로서 같은 법 제21조에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람의 경우에는 발달재활서비스 이용을 증명하는 서류로 한다)를 다음 각 호의 구분에 따라 제출해야 한다. 다만, 본문에 따른 장애인 증명 관련 서류가 법 제165조제1항 및 이 영 제216조의3제1항에 따라 국세청장에게 제출되

는 경우에는 기획재정부령으로 정하는 서류를 제출(국세정보통신망에 의한 제출을 포함한다)할 수 있다.

1. 과세표준확정신고를 하는 때에는 그 신고서에 첨부하여 납세지 관할세무서장에게 제출한다.

2. 근로소득(법 제127조제1항제4호 각 목의 어느 하나에 해당하는 근로소득은 제외한다)이 있는 사람은 근로소득자 소득 · 세액 공제신고서에 첨부하여 연말정산을 하는 원천징수의무자에게 제출한다.

3. 법 제144조의2에 따라 연말 정산되는 사업소득이 있는 자는 소득 · 세액 공제신고서에 첨부하여 연말정산을 하는 원천징수의무자에게 제출한다.

③ 장애인으로서 당해 장애의 상태가 1년이상 지속될 것으로 예상되는 경우 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제2항의 규정에 의하여 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 아니하여도 된다. 다만, 그 장애기간중 납세지 관할세무서 또는 사용자를 달리하게 된 때에는 제2항의 규정에 의하여 장애인증명서를 제출하여야 한다.

④ 제3항 단서의 경우 전납세지 관할세무서장 또는 전원천징수의무자로부터 이미 제출한 장애인증명서를 반환받아 이를 제출할 수 있다.

제118조의4(보험료세액공제)

① 법 제59조의4제1항제1호에서 “대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료”란 제2항 각 호에 해당하는 보험 · 공제로서 보험 · 공제계약 또는 보험료 · 공제료 납입영수증에 장애인전용 보험 · 공제로 표시된 보험 · 공제의 보험료 · 공제료를 말한다.

② 법 제59조의4제1항제2호에서 “대통령령으로 정하는 보험료”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험 · 보증 · 공제의 보험료 · 보증료 · 공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험

2. 상해보험

3. 화재 · 도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험

4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제

5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제

6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험 · 보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

제118조의5(의료비 세액공제)

① 법 제59조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 의료비"란 해당 근로자가 직접 부담하는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료비(제216조의3제7항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로부터 지급받은 실손의료보험금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)를 말한다.

1. 진찰 · 치료 · 질병예방을 위하여 「의료법」 제3조에 따른 의료기관에 지급한 비용

2. 치료 · 요양을 위하여 「약사법」 제2조에 따른 의약품(한약을 포함한다. 이하 같다)을 구입하고 지급하는 비용

3. 장애인 보장구(「조세특례제한법 시행령」 제105조에 따른 보장구를 말한다) 및 의사 · 치과의사 · 한의사 등의 처방에 따라 의료기기(「의료기기법」 제2조제1항에 따른 의료기기를 말한다)를 직접 구입하거나 임차하기 위하여 지출한 비용

4. 시력보정용 안경 또는 콘택트렌즈를 구입하기 위하여 지출한 비용으로서 법 제50조제1항에 따른 기본공제대상자(연령 및 소득금액의 제한을 받지 아니한다) 1명당 연 50만원 이내의 금액

5. 보청기를 구입하기 위하여 지출한 비용

6. 「노인장기요양보험법」 제40조제1항 및 같은 조 제3항제3호에 따른 장기요양급여에 대한 비용으로서 실제 지출한 본인부담금

6의2. 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제33조제1항 및 같은 조 제2항제2호에 따른 활동지원급여에 대한 비용으로서 실제 지출한 본인부담금

7. 「모자보건법」 제2조제10호에 따른 산후조리원에 산후조리 및 요양의 대가로 지급하는 비용으로서 출산 1회당 200만원 이내의 금액

② 제1항 각 호의 비용에는 미용 · 성형수술을 위한 비용 및 건강증진

을 위한 의약품 구입비용은 포함하지 아니한다.
③ 원천징수의무자는 법 제137조, 제137조의2 또는 제138조에 따른 근로소득세액 연말정산을 할 때 특별세액공제 대상이 되는 의료비가 있는 근로자에 대해서는 근로소득지급명세서를 제출할 때에 해당 근로자의 의료비지급명세서가 전산처리된 테이프 또는 디스켓을 관할 세무서장에게 제출하여야 한다.
④ 법 제59조의4제2항제2호마목에서 “대통령령으로 정하는 중증질환자, 희귀난치성질환자 또는 결핵환자”란 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호가목3), 같은 호 나목2) 및 같은 호 마목에 따른 요양급여를 받는 사람으로서 기획재정부령으로 정하는 사람을 말한다.
⑤ 법 제59조의4제2항제3호 본문에서 “대통령령으로 정하는 미숙아 및 선천성이상아를 위하여 지급한 의료비”란 다음 각 호의 구분에 따른 의료비를 말한다.
1. 「모자보건법」에 따른 미숙아의 경우: 보건소장 또는 의료기관의 장이 미숙아 출생을 원인으로 미숙아가 아닌 영유아와는 다른 특별한 의료적 관리와 보호가 필요하다고 인정하는 치료를 위하여 지급한 의료비
2. 「모자보건법」에 따른 선천성이상아의 경우: 해당 선천성이상 질환을 치료하기 위하여 지급한 의료비
⑥ 법 제59조의4제2항제4호 본문에서 “대통령령으로 정하는 난임시술”이란 「모자보건법」에 따른 보조생식술을 말한다.

제24관 신문 등의 진흥에 관한 법률

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.
1. “신문”이란 정치 · 경제 · 사회 · 문화 · 산업 · 과학 · 종교 · 교육 · 체육 등 전체 분야 또는 특정 분야에 관한 보도 · 논평 · 여론 및 정보 등을 전파하기 위하여 같은 명칭으로 월 2회 이상 발행하는 간행물로서 다음 각 목의 것을 말한다.
가. 일반일간신문: 정치 · 경제 · 사회 · 문화 등에 관한 보도 · 논평

및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물

나. 특수일간신문: 산업 · 과학 · 종교 · 교육 또는 체육 등 특정 분야(정치는 제외한다)에 국한된 사항의 보도 · 논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물

다. 일반주간신문: 정치 · 경제 · 사회 · 문화 등에 관한 보도 · 논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1회 발행하는 간행물(주 2회 또는 월 2회 이상 발행하는 것을 포함한다)

라. 특수주간신문: 산업 · 과학 · 종교 · 교육 또는 체육 등 특정 분야(정치는 제외한다)에 국한된 사항의 보도 · 논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1회 발행하는 간행물(주 2회 또는 월 2회 이상 발행하는 것을 포함한다)

2. “인터넷신문”이란 컴퓨터 등 정보처리능력을 가진 장치와 통신망을 이용하여 정치 · 경제 · 사회 · 문화 등에 관한 보도 · 논평 및 여론 · 정보 등을 전파하기 위하여 간행하는 전자간행물로서 독자적 기사 생산과 지속적인 발행 등 대통령령으로 정하는 기준을 충족하는 것을 말한다.

3. “신문사업자”란 신문을 발행하는 자를 말한다.

4. “인터넷신문사업자”란 인터넷신문을 전자적으로 발행하는 자를 말한다.

5. “인터넷뉴스서비스”란 신문, 인터넷신문, 「뉴스통신진흥에 관한 법률」에 따른 뉴스통신, 「방송법」에 따른 방송 및 「잡지 등 정기간행물의 진흥에 관한 법률」에 따른 잡지 등의 기사를 인터넷을 통하여 계속적으로 제공하거나 매개하는 전자간행물을 말한다. 다만, 제2호의 인터넷신문 및 「인터넷 멀티미디어 방송사업법」 제2조제1호에 따른 인터넷 멀티미디어 방송, 그 밖에 대통령령으로 정하는 것은 제외한다.

6. “인터넷뉴스서비스사업자”란 제5호에 따른 전자간행물을 경영하는 자를 말한다.

7. “발행인”이란 신문을 발행하거나 인터넷신문을 전자적으로 발행하는 대표자를 말한다.

8. “편집인”이란 신문의 편집 또는 인터넷신문의 공표에 관하여 책임을 지는 사람을 말한다.

9. “기사배열책임자”란 인터넷뉴스서비스의 기사배열에 관하여 책임

을 지는 사람을 말한다.
(이하 생략)

제9조(등록)
① 신문을 발행하거나 인터넷신문 또는 인터넷뉴스서비스를 전자적으로 발행하려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 주사무소 소재지를 관할하는 특별시장 · 광역시장 · 특별자치시장 · 도지사 또는 특별자치도지사(이하 “시 · 도지사”라 한다)에게 등록하여야 한다. 등록된 사항이 변경된 때에도 또한 같다. 다만, 국가 또는 지방자치단체가 발행 또는 관리하거나 법인이나 그 밖의 단체 또는 기관이 그 소속원에게 보급할 목적으로 발행하는 경우와 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
(생략)
4. 신문사업자와 신문의 발행인 · 편집인(외국신문의 내용을 변경하지 아니하고 국내에서 그대로 인쇄 · 배포하는 경우는 제외한다. 이하 같다) 및 인쇄인의 성명 · 생년월일 · 주소(신문사업자 또는 인쇄인이 법인이나 단체인 경우에는 그 명칭, 주사무소의 소재지와 그 대표자의 성명 · 생년월일 · 주소)
(생략)
② 제1항에 따라 등록을 하려는 자(인터넷뉴스서비스사업자는 제외한다)가 법인 또는 단체인 경우 대표이사 또는 대표자를 발행인으로 하여야 한다. 다만, 대표이사 또는 대표자를 발행인으로 할 수 없는 정당한 사유가 있는 경우에는 이사회의 의결을 거쳐 다른 이사나 임원을 발행인으로 할 수 있다.
(이하 생략)

제25관 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제32조(개인신용정보의 제공 · 활용에 대한 동의)
① 신용정보제공 · 이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다

음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 서면

2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)

3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식

4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.

5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.

③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한

후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우

2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우

3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우

4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우

5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우

6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.

7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우

8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우

9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우

가. 양 목적 간의 관련성

나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위

다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향

라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우

11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.
⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.
⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공 · 이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제33조(개인신용정보의 이용)
① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.
1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
4. 제32조제6항 각 호의 경우
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집 · 조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제26관 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제28조(개인신용정보의 제공 · 활용에 대한 동의)

① 삭제

② 신용정보제공 · 이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공받는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공하는 개인신용정보의 내용
4. 개인신용정보를 제공받는 자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

(이하 생략)

제27관 약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “약사(藥事)”란 의약품 · 의약외품의 제조 · 조제 · 감정(鑑定) · 보관 · 수입 · 판매[수여(授與)를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. “약사(藥師)”란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, “한약사”란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.

3. “약국”이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.
(이하 생략)

제28관 예금자보호법

제31조(보험금 등의 지급)
① 공사는 부보금융회사에 보험사고가 발생한 경우에는 그 부보금융회사의 예금자등의 청구에 의하여 보험금을 지급하여야 한다. 다만, 제1종 보험사고에 대해서는 제34조에 따른 보험금의 지급결정이 있어야 한다.
② 공사는 제1종 보험사고의 경우에는 예금자등의 청구에 의하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 예금자등의 예금등 채권의 일부를 미리 지급할 수 있다.
③ 공사는 대통령령으로 정하는 바에 따라 제1항 또는 제2항에 따른 지급의 개시일, 기간, 방법, 그 밖에 필요한 사항을 공고하여야 한다.
④ 합병 또는 전환으로 신설되는 부보금융회사, 합병 후 존속하는 부보금융회사 또는 전환 후의 부보금융회사는 그 합병등기일 또는 변경등기일부터 1년까지는 제1항을 적용할 때에 합병 또는 전환으로 신설되는 부보금융회사, 합병 후 존속하는 부보금융회사 또는 전환 후의 부보금융회사와 합병 또는 전환으로 소멸하는 부보금융회사 또는 전환 전의 부보금융회사가 각각 독립된 부보금융회사로 존재하는 것으로 본다.
⑤ 제1종 보험사고가 발생한 후 제2종 보험사고가 발생한 경우 제1항을 적용할 때에는 제2종 보험사고를 독립된 보험사고로 보지 아니한다.
⑥ 공사는 제1항에 따른 보험금을 지급할 때 예금자등이 제21조의2 제1항에 따른 부실관련자에 해당하거나 부실관련자와 대통령령으로 정하는 특수관계에 있는 경우에는 그 예금자등의 예금등 채권에 대하

여 대통령령으로 정하는 바에 따라 제3항에 따른 보험금 지급개시일 등의 공고일(이하 “보험금지급공고일”이라 한다)부터 6개월의 범위에서 보험금의 지급을 보류할 수 있다.
⑦ 제1항에 따른 예금자등의 보험금청구권은 제3항에 따른 지급의 개시일부터 5년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.
⑧ 공사가 보험금청구권의 행사를 촉구하기 위하여 예금자등에게 하는 안내 · 통지 등은 제7항 및 「민법」 제168조제3호에도 불구하고 시효중단의 효력이 없다.
⑨ 공사는 제1항에 따른 보험금을 지급할 때 보험사고가 발생한 부보금융회사가 예금자등에게 가지는 항변(抗辯)으로써 보험금청구권자에게 대항할 수 있다.

제32조(보험금의 계산 등)
① 제31조에 따라 공사가 각 예금자등에게 지급하는 보험금은 보험금 지급공고일 현재 각 예금자등의 예금등 채권의 합계액에서 각 예금자등이 해당 부보금융회사에 대하여 지고 있는 채무(보증채무는 제외한다)의 합계액을 뺀 금액으로 한다. 다만, 대통령령으로 따로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
② 제1항에 따른 보험금은 1인당 국내총생산액, 보호되는 예금등의 규모 등을 고려하여 1억원 이상의 범위에서 대통령령으로 정하는 금액을 한도로 한다.
③ 각 예금자등이 제31조제2항에 따라 미리 지급받은 금액[이하 “가지급금”(假支給金)이라 한다]이 있는 경우에 보험금은 제1항 및 제2항에 따른 금액에서 가지급금을 뺀 금액으로 한다.
④ 각 예금자등에 대하여 지급된 가지급금의 금액이 제1항 및 제2항에 따른 보험금을 초과할 때에는 각 예금자등은 그 초과하는 금액을 공사에 되돌려 주어야 한다.

제29관 응급의료에 관한 법률

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “응급환자”란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.

2. “응급의료”란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담 · 구조(救助) · 이송 · 응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.

3. “응급처치”란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.

4. “응급의료종사자”란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.

5. “응급의료기관”이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

6. “구급차등”이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.

7. “응급의료기관등”이란 응급의료기관, 구급차등의 운용자 및 응급의료지원센터를 말한다.

8. “응급환자이송업”이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)
① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치 · 운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설 · 인력

등을 갖추어 시장 · 군수 · 구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.
② 시장 · 군수 · 구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

제30관 의료급여법

제4조(적용 배제)
① 수급권자가 업무 또는 공무로 생긴 질병 · 부상 · 재해로 다른 법령에 따른 급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우에는 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.
② 수급권자가 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체 등으로부터 의료급여에 상당하는 급여 또는 비용을 받게 되는 경우에는 그 한도에서 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.

제7조(의료급여의 내용 등)
① 이 법에 따른 수급권자의 질병 · 부상 · 출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.
1. 진찰 · 검사
2. 약제(藥劑) · 치료재료의 지급
3. 처치 · 수술과 그 밖의 치료
4. 예방 · 재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치

② 제1항에 따른 의료급여의 방법 · 절차 · 범위 · 한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.
③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

제10조(급여비용의 부담)
급여비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 전부 또는 일부를 제25조에 따른 의료급여기금에서 부담하되, 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지 비용은 본인이 부담한다.

제15조(의료급여의 제한)
① 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 다만, 보건복지부장관이 의료급여를 할 필요가 있다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 의료급여가 필요하게 된 경우
2. 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
② 의료급여기관은 수급권자가 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수급권자의 거주지를 관할하는 시장 · 군수 · 구청장에게 알려야 한다.

제17조(의료급여의 중지 등)
① 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 의료급여를 중지하여야 한다.
1. 수급권자에 대한 의료급여가 필요 없게 된 경우
2. 수급권자가 의료급여를 거부한 경우
② 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 수급권자가 속한 가구원 전부에 대하여 의료급여를 중지하여야 한다.
③ 시장 · 군수 · 구청장은 제1항에 따라 의료급여를 중지하였을 때에는 서면으로 그 이유를 밝혀 수급권자에게 알려야 한다.

제31관 의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)
① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1 과 같다.
1. 삭제
2. 삭제
② 삭제
③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.
④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 “급여대상 본인부담금”이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.
⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목 · 마목, 같은 표 제2호마목 · 바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장 · 군수 · 구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.
1. 1종수급권자 : 2만원
2. 2종수급권자 : 20만원
⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.
1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만,「의료법」제3조제2항제3호라목

에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.

⑦ 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

[별표 1] 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위(제13조 관련)

1. 1종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조제2항제1호 가목에 해당하는 제1차의료급여기관 및 같은 호 나목의 제1차의료급여기관 중 보건의료원	가) 외래 진료	(1) 「약사법」제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 법 제7조제1항제2호의 약제(이하 "약제"라 한다)는 급여비용총액에서 「국민건강보험법 시행령」제22조제1항 각 호 외의 부분 후단에 따른 구입금액(이하 "구입금액"이라 한다)의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부

2) 법 제9조제2항제2호에 따른 제2차의료급여기관	가) 외래진료	(1) 「약사법」제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부

3) 법 제9조제2항제3호에 따른 제3차의료급여기관	가) 외래진료	(1) 「약사법」제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부

4) 법 제9조제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원진료	급여비용총액 전부
5) 법 제9조제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 약국 및 한국희귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비 고 : 위 표 1)가)(1), 2)가)(1) 및 3)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3), 2)가)(3) 및 3)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다.

다. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)에도 불구하고 1종수급권자 중 다음에 해당하는 사람에 대해서는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다. 다만, 법 제7조제2항에 따른 한도를 초과하여 의료급여를 받은 사람 중 보건복지부령으로 정하는 사람에 대해서는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 급여비용총액의 일부를 부담하게 할 수 있다.

(1) 18세 미만인 사람

(2) 임산부

(3) 제2조제1호에 따른 무연고자로 확인된 사람

(4) 법 제3조제1항제9호에 따른 노숙인 등

(5) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람

(6) 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사람

라. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

마. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다.

바. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도(重症度)를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한

법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 다목에 해당하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.

사. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 98을 기금에서 부담한다.

아. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.

1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우

2) 「의료법」제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

자. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

2. 2종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따른 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조제2항제1호 가목에 해당하는 제1차의료급여기관 및 같은 호 나목의 제1차의료급여기관 중 보건의료원	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.

		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
2) 법 제9조제2항제2호에 따른 제2차의료급여기관	가) 보건복지부장관이 정하여 고시하는	(1) 「약사법」제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

	만성질환자에 대한 그 질환의 외래진료	(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.

3) 법 제9조제2항제3호에 따른 제3차의료급여기관	가) 외래 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	나) 입원진료	급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
4) 법 제9조제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원진료	급여비용총액 전부

5) 법 제9조제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 약국 및 한국희귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비고 : 위 표 1)가)(1) 및 2)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3) 및 2)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다.

다. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 자연분만 및 제왕절개분만에 대한 의료급여와 6세 미만의 아동에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 받은 경우에는 본인부담금을 면제한다.

라. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환을 가진 사람에 대해서는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

마. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를

의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 85를 기금에서 부담한다.

바. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 80을 기금에서 부담한다.

사. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 고위험 임신부에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 입원진료를 의료급여로 실시한 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

아. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.

자. 가목1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 임신부의 외래진료(유산·사산으로 인한 외래진료를 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의

100분의 95를 기금에서 부담한다.

카. 가목1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만 5세까지의 조산아(早産兒) 및 저체중 출생아의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

타. 가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 기준에 따른다.

1) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료(이하 이 목에서 "전산화단층촬영등"이라 한다)를 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.

2) 1) 외의 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영등을 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.

파. 삭제

하. 가목1)가)(2), 같은 1) 나), 같은 목 2)나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치매에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

거. 가목1)나), 같은 목 2)다) 및 같은 목 3)나)에도 불구하고 6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다.

너. 가목1)나), 같은 목 2)다) 및 같은 목 3)나)에도 불구하고 16세 이상 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

더. 가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

러. 가목1)가)(1)·(3), 같은 1) 나), 같은 목 2)가)(1)·(3), 같은 2) 나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.

1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우

2) 「의료법」제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

머. 가목1)가), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 차목에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

버. 가목2)가)(2), 같은 2) 나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

서. 가목1)부터 3)까지 및 같은 목 5)나)·다)에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

3. 제1호 및 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 각 목에서 정하는 금액을 기금에서 부담한다.

가. 「국민건강보험법 시행령」별표 2 제4호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여 항목을 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 「의료법」제3조제2항제3호에 따른 병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다. 이하 같다)·정신병원 · 종합병원 및 같은 법 제3조의4에 따라 지정된 상급종합병원에서 「국민건강보험법」제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 다음의 기준을 따른다.

1) 상급종합병원 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 50을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을 각각 의료급여기금에서 부담한다.

2) 병원·한방병원·요양병원·정신병원 · 종합병원 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 70을 각각 의료급여기금에서 부담한다.

다. 법 제7조제2항에 따라 보건복지부령으로 정하는 상한일수를 초과하여 의료급여를 받은 수급권자로서 보건복지부령으로 정하는 승인을 얻지 않은 수급권자에게 실시하는 의료급여에 대해서는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다. 다만, 제1호가목4) 및 제2호가목4)의 의료급여기관에서 받는 외래·입원진료와 제1호가목5)가) 및 제2호가목5)가)에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

1) 외래진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70

2) 입원진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 80

3) 제1호가목5)나)·다) 및 제2호가목5)나)·다)의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70

라. 다목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다.

1) 1종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 70

2) 2종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 60

3) 1) 및 2)에도 불구하고 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 추나요법 급여비용의 100분의 20

마. 다목에도 불구하고 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」제2조제1호에 따른 감염병의 발생 · 유행 상황을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감염병환자에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.

제32관 의료법

제2조(의료인)

① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사 · 치과의사 · 한의사 · 조산사 및 「간호법」에 따른 간호사(이하 "간호사"라 한다)를 말한다.

② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.

1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 「간호법」 제12조의 업무를 임무로 한다.

가. 삭제

나. 삭제

다. 삭제

라. 삭제

제3조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인

을 위하여 의료 · 조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 의원

나. 치과의원

다. 한의원

2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육 · 상담을 하는 의료기관을 말한다.

3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

④ 삭제

⑤ 삭제

⑥ 삭제

⑦ 삭제

⑧ 삭제

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것

2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치 · 운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일

3. 보건복지부령으로 정하는 인력 · 시설 · 장비 등을 갖출 것

4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정 · 재지정의 기준 · 절차 및 평가업무의 위탁 절

차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호 · 간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호 · 간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

제5조(의사 · 치과의사 및 한의사 면허)

① 의사 · 치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사 · 치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 “평가인증기구”라 한다)의 인증(이하 “평가인증기구의 인증”이라 한다)을 받은 의학 · 치

의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사 · 치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자

2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자

3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사 · 치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제6조(조산사 면허)

조산사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 제9조에 따른 조산사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 간호사 면허를 가지고 보건복지부장관이 인정하는 의료기관에서 1년간 조산 수습과정을 마친 자

2. 외국의 조산사 면허(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 면허를 말한다)를 받은 자

제36조(준수사항)

제33조제2항 및 제8항에 따라 의료기관을 개설하는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다.

1. 의료기관의 종류에 따른 시설기준 및 규격에 관한 사항

2. 의료기관의 안전관리시설 기준에 관한 사항

3. 의료기관 및 요양병원의 운영 기준에 관한 사항
4. 고가의료장비의 설치 · 운영 기준에 관한 사항
5. 의료기관의 종류에 따른 의료인 등의 정원 기준에 관한 사항
6. 급식관리 기준에 관한 사항
7. 의료기관의 위생 관리에 관한 사항
8. 의료기관의 의약품 및 일회용 의료기기의 사용에 관한 사항
9. 의료기관의 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조제4항에 따른 감염병환자등의 진료 기준에 관한 사항
10. 의료기관 내 수술실, 분만실, 중환자실 등 감염관리가 필요한 시설의 출입 기준에 관한 사항
11. 의료인 및 환자 안전을 위한 보안장비 설치 및 보안인력 배치 등에 관한 사항
12. 의료기관의 신체보호대 사용에 관한 사항
13. 의료기관의 의료관련감염 예방에 관한 사항
14. 종합병원과 요양병원의 임종실 설치에 관한 사항

제33관 자동차관리법

제3조(자동차의 종류)
① 자동차는 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 승용자동차: 10인 이하를 운송하기에 적합하게 제작된 자동차
2. 승합자동차: 11인 이상을 운송하기에 적합하게 제작된 자동차. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자동차는 승차인원과 관계없이 이를 승합자동차로 본다.
가. 내부의 특수한 설비로 인하여 승차인원이 10인 이하로 된 자동차
나. 국토교통부령으로 정하는 경형자동차로서 승차인원이 10인 이하인 전방조종자동차
다. 삭제
3. 화물자동차: 화물을 운송하기에 적합한 화물적재공간을 갖추고, 화물적재공간의 총적재화물의 무게가 운전자를 제외한 승객이 승차공

간에 모두 탑승했을 때의 승객의 무게보다 많은 자동차

4. 특수자동차: 다른 자동차를 견인하거나 구난작업 또는 특수한 용도로 사용하기에 적합하게 제작된 자동차로서 승용자동차 · 승합자동차 또는 화물자동차가 아닌 자동차

5. 이륜자동차: 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차

② 제1항에 따른 구분의 세부기준은 자동차의 크기 · 구조, 원동기의 종류, 총배기량 또는 정격출력 등에 따라 국토교통부령으로 정한다.

③ 제1항에 따른 자동차의 종류는 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 세분할 수 있다.

제34관 자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

[별표1] 자동차의 종류(제2조 관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			

승용자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합자동차	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것

화물자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것

이륜자동차	배기량이 50시시 미만(최고출력 4킬로와트 이하)인 것	배기량이 125시시 이하(최고출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 125시시 초과 260시시 이하(최고출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260시시(최고출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것

승합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인할 수 있는 구조인 것
	특수용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것

	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.

가. 가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형 화물자동차 및 특수용도형인 경형 화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차

1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)

2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기위해 칸막이벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차

3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.

나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.

1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차

2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차

3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의

자동차

2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.

가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차 중 최고출력 기준이 규정되어 있지 않은 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.

나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.

다. 최고출력(maximum net power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

제35관 자본시장과 금융투자업에 관한 법률

제88조(자산운용보고서의 교부)
① 집합투자업자는 자산운용보고서를 작성하여 해당 집합투자재산을 보관 · 관리하는 신탁업자의 확인을 받아 3개월마다 1회 이상 해당 집합투자기구의 투자자에게 교부하여야 한다. 다만, 투자자가 수시로 변동되는 등 투자자의 이익을 해할 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 자산운용보고서를 투자자에게 교부하지 아니할 수 있다.
② 집합투자업자는 제1항에 따른 자산운용보고서에 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.
1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날(이하 이 조에서 “기준일”이라 한다) 현재의 해당 집합투자기구의 자산 · 부채 및 집합투자증권의 기준가격
가. 회계기간의 개시일부터 3개월이 종료되는 날
나. 회계기간의 말일
다. 계약기간의 종료일 또는 존속기간의 만료일
라. 해지일 또는 해산일
2. 직전의 기준일(직전의 기준일이 없는 경우에는 해당 집합투자기구의 최초 설정일 또는 성립일을 말한다)부터 해당 기준일까지의 기간(이하 이 조에서 “해당 운용기간”이라 한다) 중 운용경과의 개요 및 해당 운용기간 중의 손익 사항
3. 기준일 현재 집합투자재산에 속하는 자산의 종류별 평가액과 집합투자재산 총액에 대한 각각의 비율
4. 해당 운용기간 중 매매한 주식의 총수, 매매금액 및 대통령령으로 정하는 매매회전율
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
③ 제1항에 따른 자산운용보고서의 교부시기 및 방법, 비용부담 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제188조(신탁계약의 체결 등)
① 투자신탁을 설정하고자 하는 집합투자업자는 다음 각 호의 사항이

기재된 신탁계약서에 의하여 신탁업자와 신탁계약을 체결하여야 한다.

1. 집합투자업자 및 신탁업자의 상호

2. 신탁원본의 가액 및 제189조제1항 및 제3항에 따라 발행하는 투자신탁의 수익권(이하 “수익증권”이라 한다)의 총좌수에 관한 사항

3. 투자신탁재산의 운용 및 관리에 관한 사항

4. 이익분배 및 환매에 관한 사항

5. 집합투자업자 · 신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 계산방법과 지급시기 · 방법에 관한 사항. 다만, 집합투자업자가 기준가격 산정업무를 위탁하는 경우에는 그 수수료는 해당 투자신탁재산에서 부담한다는 내용을 포함하여야 한다.

6. 수익자총회에 관한 사항

7. 공시 및 보고서에 관한 사항

8. 그 밖에 수익자 보호를 위하여 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

② 투자신탁을 설정한 집합투자업자는 신탁계약을 변경하고자 하는 경우에는 신탁업자와 변경계약을 체결하여야 한다. 이 경우 신탁계약 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항을 변경하는 경우에는 미리 제190조제5항 본문에 따른 수익자총회의 결의를 거쳐야 한다.

1. 집합투자업자 · 신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 인상

2. 신탁업자의 변경(합병 · 분할 · 분할합병, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 변경되는 경우를 제외한다)

3. 신탁계약기간의 변경(투자신탁을 설정할 당시에 그 기간변경이 신탁계약서에 명시되어 있는 경우는 제외한다)

4. 그 밖에 수익자의 이익과 관련된 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

③ 투자신탁을 설정한 집합투자업자는 제2항에 따라 신탁계약을 변경한 경우에는 인터넷 홈페이지 등을 이용하여 공시하여야 하며, 제2항 후단에 따라 신탁계약을 변경한 경우에는 공시 외에 이를 수익자에게 통지하여야 한다.

④ 집합투자업자는 제1항에 따라 투자신탁을 설정하는 경우(그 투자신탁을 추가로 설정하는 경우를 포함한다) 신탁업자에게 해당 신탁계약에서 정한 신탁원본 전액을 금전으로 납입하여야 한다.

제36관 자본시장과 금융투자업에 관한 법률 시행령

제93조(수시공시의 방법 등)

① 법 제89조제1항제1호에 따라 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자가 공시하여야 하는 투자운용인력의 운용경력은 투자운용인력을 변경한 날부터 최근 3년 이내의 운용경력으로 한다.

② 법 제89조제1항제3호에서 “대통령령으로 정하는 부실자산”이란 발행인의 부도, 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 회생절차개시의 신청 등의 사유로 인하여 금융위원회가 부실자산으로 정하여 고시하는 자산을 말한다.

③ 법 제89조제1항제5호에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항을 말한다.

1. 투자설명서의 변경. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우는 제외한다.

가. 법 및 이 영의 개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 투자설명서를 변경하는 경우

나. 집합투자규약의 변경에 따라 투자설명서를 변경하는 경우

다. 투자설명서의 단순한 자구수정 등 경미한 사항을 변경하는 경우

라. 투자운용인력의 변경이 있는 경우로서 법 제123조제3항제2호에 따라 투자설명서를 변경하는 경우

2. 집합투자업자의 합병, 분할, 분할합병 또는 영업의 양도 · 양수

3. 집합투자업자 또는 일반사무관리회사가 기준가격을 잘못 산정하여 이를 변경하는 경우에는 그 내용(제262조제1항 후단에 따라 공고 · 게시하는 경우에 한한다)

4. 사모집합투자기구가 아닌 집합투자기구(존속하는 동안 투자금을 추가로 모집할 수 있는 집합투자기구로 한정한다. 이하 이 항에서 같다)로서 설정 및 설립 이후 1년(제81조제3항제1호의 집합투자기구의 경우에는 설정 및 설립 이후 2년)이 되는 날에 원본액이 50억원 미만인 경우 그 사실과 해당 집합투자기구가 법 제192조제1항 단서에 따

라 해지될 수 있다는 사실

5. 사모집합투자기구가 아닌 집합투자기구가 설정 및 설립되고 1년(제81조제3항제1호의 집합투자기구의 경우에는 설정 및 설립 이후 2년)이 지난 후 1개월간 계속하여 원본액이 50억원 미만인 경우 그 사실과 해당 집합투자기구가 법 제192조제1항 단서에 따라 해지될 수 있다는 사실

6. 부동산집합투자기구 또는 특별자산집합투자기구(부동산 · 특별자산투자재간접집합투자기구를 포함한다)인 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사항

가. 제242조제2항 각 호 외의 부분 단서에 따른 시장성 없는 자산의 취득 또는 처분

나. 부동산집합투자기구 또는 특별자산집합투자기구의 집합투자증권의 취득 또는 처분. 다만, 이미 취득한 것과 같은 집합투자증권을 추가로 취득하거나 일부를 처분하는 경우는 제외한다.

다. 지상권 · 지역권 등 부동산 관련 권리 및 사업수익권 · 시설관리운영권 등 특별자산 관련 중요한 권리의 발생 · 변경

라. 금전의 차입 또는 금전의 대여

7. 그 밖에 투자자의 투자판단에 중대한 영향을 미치는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 공시와 관련하여 그 서식과 작성방법, 기재사항 등에 관한 구체적인 기준은 금융위원회가 정하여 고시한다.

제265조(회계감사인의 선임 등)

① 법 제240조제4항에 따라 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등(투자회사는 제외한다)이 집합투자기구의 회계감사인을 선임하거나 교체하려는 경우에는 그 집합투자기구의 집합투자재산을 운용하는 집합투자업자의 감사의 동의(감사위원회가 설치된 경우에는 감사위원회의 의결을 말한다)를 받아야 하며, 투자회사가 회계감사인을 선임하거나 교체하려는 경우에는 감독이사의 동의를 받아야 한다.

② 집합투자재산에 대한 회계감사기준은 금융위원회가 증권선물위원

회의 심의를 거쳐 정하여 고시한다.
③ 집합투자재산에 대한 회계감사와 관련하여 회계감사인의 권한은 법 및 「주식회사 등의 외부감사에 관한 법률」 제21조에서 정하는 바에 따른다.
④ 회계감사인은 집합투자재산에 대한 회계감사를 마친 때에는 다음 각 호의 사항이 기재된 회계감사보고서를 작성하여 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등에게 이를 지체 없이 제출해야 한다.
1. 집합투자재산의 재무상태표
2. 집합투자재산의 손익계산서
3. 집합투자재산의 기준가격계산서
4. 집합투자업자 및 그 이해관계인(법 제84조제1항에 따른 이해관계인을 말한다)과의 거래내역
⑤ 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등은 회계감사인으로부터 회계감사보고서를 제출받은 경우에는 금융위원회, 협회, 그 집합투자증권을 판매하는 투자매매업자 · 투자중개업자 및 그 집합투자재산을 보관 · 관리하는 신탁업자에게 이를 지체 없이 제출하여야 한다.
⑥ 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등은 금융위원회가 정하여 고시하는 방법에 따라 해당 투자자가 회계감사보고서를 열람할 수 있도록 하여야 한다.
⑦ 회계감사에 따른 비용은 그 회계감사의 대상인 집합투자기구가 부담한다.

제37관 장기등 이식에 관한 법률

제4조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. “장기등”이란 사람의 내장이나 그 밖에 손상되거나 정지된 기능을 회복하기 위하여 이식이 필요한 조직으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

가. 신장 · 간장 · 췌장 · 심장 · 폐

나. 말초혈(조혈모세포를 이식할 목적으로 채취하는 경우에 한정한다) · 골수 · 안구

다. 뼈 · 피부 · 근육 · 신경 · 혈관 등으로 구성된 복합조직으로서의 손 · 팔 또는 발 · 다리

라. 제8조제2항제4호에 따라 장기등이식윤리위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 결정 · 고시한 것

마. 그 밖에 사람의 내장 또는 조직 중 기능회복을 위하여 적출 · 이식할 수 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것

2. “장기등기증자”란 다른 사람의 장기등의 기능회복을 위하여 대가 없이 자신의 특정한 장기등을 제공하는 사람으로서 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.

3 “장기등기증희망자”란 본인이 장래에 뇌사 또는 사망할 때(말초혈 또는 골수의 경우에는 살아있을 때를 포함한다) 장기등을 기증하겠다는 의사표시를 한 사람으로서 제15조에 따라 등록한 사람을 말한다.

4. “장기등이식대기자”란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.

5. “살아있는 사람”이란 사람 중에서 뇌사자를 제외한 사람을 말하고, “뇌사자”란 이 법에 따른 뇌사판정기준 및 뇌사판정절차에 따라 뇌 전체의 기능이 되살아날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 사람을 말한다.

6. “가족” 또는 “유족”이란 살아있는 사람 · 뇌사자 또는 사망한 자의 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다. 다만, 14세 미만인 사람은 제외한다.

가. 배우자

나. 직계비속

다. 직계존속

라. 형제자매

마. 가목부터 라목까지에 해당하는 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족

제25조(장기이식의료기관)

① 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식하려는 의료기관은 보건복지부장관으로부터 장기이식의료기관(이하 “이식의료기관”이라 한다)으로 지정받아야 한다.

② 이식의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 대통령령으로 정하는 시설 · 장비 · 인력 등을 갖추어야 한다.

③ 이식의료기관이 아니면 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식할 수 없다. 다만, 이식의료기관이 아닌 의료기관에서도 보건복지부령으로 정하는 시설 · 인력 · 장비 등을 갖춘 경우에는 장기등을 적출할 수 있다.

제42조(장기등의 적출 · 이식 비용의 부담 등)

① 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용은 해당 장기등을 이식받은 사람이 부담한다. 다만, 이식받은 사람이 부담하는 비용에 대하여 다른 법령에서 따로 정하는 경우에는 해당 법령에서 정하는 바에 따른다.

② 제1항에 따른 비용은 「국민건강보험법」에서 정하는 바에 따라 산출한다. 다만, 「국민건강보험법」에서 규정하지 아니한 비용은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 산출한다.

제38관 장애인 복지법

제2조(장애인의 정의 등)

① “장애인”이란 신체적 · 정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.

② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.

1. “신체적 장애”란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.
2. “정신적 장애”란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

③ “장애인학대”란 장애인에 대하여 신체적 · 정신적 · 정서적 · 언어적 · 성적 폭력이나 가혹행위, 경제적 착취, 유기 또는 방임을 하는 것을 말한다.
④ “장애인학대관련범죄”란 장애인학대로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 말한다.

1.「형법」 제2편제24장 살인의 죄 중 제250조(살인, 존속살해), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등) 및 제254조(미수범)의 죄

2.「형법」 제2편제25장 상해와 폭행의 죄 중 제257조(상해, 존속상해), 제258조(중상해, 존속중상해), 제258조의2(특수상해), 제259조(상해치사), 제260조(폭행, 존속폭행)제1항 · 제2항, 제261조(특수폭행) 및 262조(폭행치사상)의 죄

3.「형법」 제2편제28장 유기와 학대의 죄 중 제271조(유기, 존속유기)제1항 · 제2항, 제272조(영아유기), 제273조(학대, 존속학대), 제274조(아동혹사) 및 제275조(유기등 치사상)의 죄

4.「형법」 제2편제29장 체포와 감금의 죄 중 제276조(체포, 감금, 존속체포, 존속감금), 제277조(중체포, 중감금, 존속중체포, 존속중감금), 제278조(특수체포, 특수감금), 제280조(미수범) 및 제281조(체포 · 감금등의 치사상)의 죄

5.「형법」 제2편제30장 협박의 죄 중 제283조(협박, 존속협박)제1항 · 제2항, 제284조(특수협박) 및 제286조(미수범)의 죄

6.「형법」 제2편제31장 약취, 유인 및 인신매매의 죄 중 제287조(미성년자의 약취, 유인), 제288조(추행 등 목적 약취, 유인 등), 제289조(인신매매) 및 제290조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해 · 치상), 제291조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인 · 치사) 및 제292조(약취, 유인, 매매, 이송된 사람의 수수 · 은닉 등) 및 제294조(미수범)의 죄

7.「형법」 제2편제32장 강간과 추행의 죄 중 제297조(강간), 제297조의2(유사강간), 제298조(강제추행), 제299조(준강간, 준강제추행), 제300조(미수범), 제301조(강간 등 상해 · 치상), 제301조의2(강간등 살인 · 치사), 제302조(미성년자 등에 대한 간음), 제303조(업무상위력 등에 의한 간음) 및 제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄

8.「형법」 제2편제33장 명예에 관한 죄 중 제307조(명예훼손), 제309조(출판물 등에 의한 명예훼손) 및 제311조(모욕)의 죄

9.「형법」 제2편제36장 주거침입의 죄 중 제321조(주거 · 신체 수색)의 죄

10.「형법」 제2편제37장 권리행사를 방해하는 죄 중 제324조(강요) 및 제324조의5(미수범)(제324조의 죄에만 해당한다)의 죄

11.「형법」 제2편제39장 사기와 공갈의 죄 중 제347조(사기), 제347조의2(컴퓨터등 사용사기), 제348조(준사기), 제350조(공갈), 제350조의2(특수공갈) 및 제352조(미수범)의 죄

12.「형법」 제2편제40장 횡령과 배임의 죄 중 제355조(횡령, 배임), 제356조(업무상의 횡령과 배임) 및 제357조(배임수증재)의 죄

13.「형법」 제2편제42장 손괴의 죄 중 제366조(재물손괴등)의 죄

14. 제86조제1항 · 제2항, 같은 조 제3항제3호, 같은 조 제4항제2호 및 같은 조 제5항의 죄

15.「성매매알선 등 행위의 처벌에 관한 법률」 제18조 및 제23조(제18조의 죄에만 해당한다)의 죄

16.「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제49조제1항의 죄

17.「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제70조제1항 및 제2항의 죄

18.「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제84조제1호 및 제11호의 죄

19. 제1호부터 제18호까지의 죄로서 다른 법률에 따라 가중처벌되는 죄

제32조(장애인 등록)

① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 “법정대리인등”이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 “등록증”이라 한다)을

내주어야 한다.
② 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 제1항에 따라 등록증을 발급받은 장애인이 등록증과 효력이 동일한 모바일 등록증(「전기통신사업법」 제2조제20호에 따른 이동통신단말장치에 암호화된 형태로 설치된 등록증을 말한다. 이하 같다)의 발급을 신청하는 경우에는 이를 추가로 발급할 수 있다.
③ 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다.
④ 등록증(모바일 등록증을 포함한다. 이하 같다)은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 유사한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다
⑤ 누구든지 다른 사람의 등록증 또는 그 복사본이나 이미지파일(이하 “복사본등”이라 한다)을 부정하게 사용하여서는 아니 된다.
⑥ 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다.
⑦ 삭제
⑧ 보건복지부장관 또는 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 「사회보장기본법」 제37조에 따른 사회보장정보시스템을 이용하여 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인이 필요한 경우에 이를 확인하여 줄 수 있다.
⑨ 제1항부터 제6항까지 및 제8항에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제39관 전자서명법

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. “전자문서”란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. “전자서명”이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. “전자서명생성정보”란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. “전자서명수단”이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. “전자서명인증”이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. “인증서”란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
7. “전자서명인증업무”란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
8. “전자서명인증사업자”란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. “가입자”란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. “이용자”란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

제40관 조세특례제한법

제86조의4(연금계좌세액공제 등)
종합소득이 있으며, 해당 과세기간에 「소득세법」 제14조제3항제6호에

따른 소득의 합계액이 2천만원을 초과하지 않는 50세 이상인 거주자는 2022년 12월 31일까지 「소득세법」 제59조의3을 적용하는 경우 같은 조 제1항 단서에도 불구하고 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 600만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 600만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 900만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하되, 해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 1억원 초과(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 1억2천만원 초과)인 거주자에 대해서는 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 300만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 300만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

제88조의2(비과세종합저축에 대한 과세특례)

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 거주자가 1명당 저축원금이 5천만원(제89조에 따른 세금우대종합저축에 가입한 거주자로서 세금우대종합저축을 해지 또는 해약하지 아니한 자의 경우에는 5천만원에서 해당 거주자가 가입한 세금우대종합저축의 계약금액 총액을 뺀 금액으로 한다) 이하인 대통령령으로 정하는 저축(이하 이 조에서 “비과세종합저축”이라 한다)에 2025년 12월 31일까지 가입하는 경우 해당 저축에서 발생하는 이자소득 및 배당소득에 대해서는 소득세를 부과하지 아니한다.

1. 65세 이상인 거주자
2. 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인
3. 「독립유공자 예우에 관한 법률」 제6조에 따라 등록한 독립유공자와 그 유족 또는 가족
4. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제6조에 따라 등록한 상이자(傷痍者)
5. 「국민기초생활보장법」 제2조제2호에 따른 수급자
6. 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제2조제

3호에 따른 고엽제후유의증환자

7. 「5 · 18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」 제4조제2호에 따른 5 · 18민주화운동부상자

② 삭제

③ 비과세종합저축의 가입절차, 가입대상의 확인, 계약금액 총액의 계산방법, 운용 · 관리 방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제89조(세금우대종합저축에 대한 과세특례)

① 거주자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 저축(이하 "세금우대종합저축"이라 한다)에 2014년 12월 31일까지 가입하는 경우 해당 저축에서 발생하는 이자소득 및 배당소득에 대해서는 「소득세법」 제129조에도 불구하고 100분의 9의 세율을 적용하고, 같은 법 제14조제2항에 따른 종합소득과세표준에 합산하지 아니하며, 「지방세법」에 따른 개인지방소득세를 부과하지 아니한다.

1. 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사등(이하 이 조에서 "금융회사등"이라 한다)이 취급하는 적립식 또는 거치식 저축(집합투자증권저축 · 공제 · 보험 · 증권저축 및 대통령령으로 정하는 채권저축 등을 포함한다)으로서 저축 가입 당시 저축자가 세금우대 적용을 신청할 것

2. 계약기간이 1년 이상일 것

3. 모든 금융회사등에 가입한 세금우대종합저축의 계약금액 총액이 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액 이하일 것. 다만, 세금우대종합저축에서 발생하여 원금에 전입되는 이자 및 배당 등은 세금우대종합저축으로 보되, 계약금액 총액의 1명당 한도를 계산할 때에는 산입하지 아니한다.

가. 20세 이상인 자: 1명당 1천만원

나. 제88조의2제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자: 1명당 3천만원

② 삭제

③ 삭제

④ 삭제

⑤ 삭제
⑥ 삭제
⑦ 세금우대종합저축을 계약일부터 1년 이내에 해지 또는 인출하거나 그 권리를 이전하는 경우 해당 원천징수의무자는 제1항 각 호 외의 부분을 적용하여 원천징수한 세액과 「소득세법」 제129조를 적용하여 계산한 세액의 차액을 제146조의2에 따라 추징하여야 한다. 다만, 가입자의 사망 · 해외이주 등 대통령령으로 정하는 부득이한 사유가 있는 경우에는 그러하지 아니하다.
⑧ 세금우대종합저축의 계약금액 총액의 계산방법과 운용 · 관리 방법, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제41관 조세특례제한법 시행령

제82조의2(비과세종합저축의 요건 등)
① 법 제88조의2제1항 각 호 외의 부분에서 “대통령령으로 정하는 저축”이란 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 저축(이하 이 조에서 “비과세종합저축”이라 한다)을 말한다.
1. 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 금융회사등(이하 이 조에서 “금융회사등”이라 한다) 및 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 공제회가 취급하는 저축(투자신탁 · 보험 · 공제 · 증권저축 · 채권저축 등을 포함한다)일 것
가. 「군인공제회법」에 따라 설립된 군인공제회
나. 「한국교직원공제회법」에 따라 설립된 한국교직원공제회
다. 「대한지방행정공제회법」에 따라 설립된 대한지방행정공제회
라. 「경찰공제회법」에 따라 설립된 경찰공제회
마. 「대한소방공제회법」에 따라 설립된 대한소방공제회
바. 「과학기술인공제회법」에 따라 설립된 과학기술인공제회
2. 가입 당시 저축자가 비과세 적용을 신청할 것
② 법 제88조의2제1항에 따른 저축원금은 모든 금융회사등 및 공제회에 가입한 비과세종합저축의 계약금액의 총액으로 한다. 이 경우 비과세종합저축에서 발생하여 원금에 전입되는 이자 및 배당 등은 비과

세종합저축으로 보되, 계약금액의 총액을 계산할 때에는 산입하지 아니한다.
③ 비과세종합저축에서 일부 금액이 인출되는 경우 저축원금부터 인출되는 것으로 본다.
④ 비과세종합저축을 취급하는 금융회사등 및 공제회는 비과세종합저축만을 입금 또는 출금하는 비과세종합저축통장 또는 거래카드의 표지·속지 또는 거래명세서 등에 “비과세종합저축”이라는 문구를 표시하여야 한다.
⑤ 비과세종합저축의 계약기간의 만료일 이후 발생하는 이자소득 및 배당소득에 대해서는 법 제88조의2제1항을 적용하지 아니한다.
⑥ 삭제
⑦ 삭제
⑧ 삭제

제42관 지역보건법

제10조(보건소의 설치)
① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1개소의 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다.
② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건의료원)
보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제13조(보건지소의 설치)
지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 “보건지소”라 한다)를 설치할 수 있다.

제43관 채무자 회생 및 파산에 관한 법률

제305조(보통파산원인)
① 채무자가 지급을 할 수 없는 때에는 법원은 신청에 의하여 결정으로 파산을 선고한다.
② 채무자가 지급을 정지한 때에는 지급을 할 수 없는 것으로 추정한다.

제596조(개인회생절차의 개시결정)
① 법원은 신청일부터 1월 이내에 개인회생절차의 개시 여부를 결정하여야 한다.
② 법원은 개인회생절차개시결정과 동시에 다음 각호의 사항을 정하여야 한다.
1. 개인회생채권에 관한 이의기간(이하 “이의기간”이라 한다). 이 경우 그 기간은 개인회생절차개시결정일부터 2주 이상 2월 이하이어야 한다.
2. 개인회생채권자집회의 기일. 이 경우 그 기일과 이의기간의 말일 사이에는 2주 이상 1월 이하의 기간이 있어야 한다.
③ 법원은 특별한 사정이 있는 때에는 제2항 각호의 기일을 늦추거나 기간을 늘일 수 있다.
④ 제1항의 규정에 의하여 결정을 하는 때에는 결정서에 결정의 연 · 월 · 일 · 시를 기재하여야 한다.
⑤ 제1항의 규정에 의한 결정은 그 결정시부터 효력이 발생한다.

제44관 통계법

제18조(통계작성의 승인)
① 통계작성기관의 장은 새로운 통계를 작성하고자 하는 경우에는 그 명칭, 종류, 목적, 조사대상, 조사방법, 통계표 서식, 조사사항의 성별 구분 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 미리 국가데이터처장의 승인을 받아야 한다. 승인을 받은 사항을 변경하거나 승인을 받은 통계의 작성을 중지하고자 하는 경우에도 또한 같다.
② 통계작성기관의 장은 제1항에 따른 승인을 받거나 제20조에 따른 협의를 거치기 전에 행정자료를 활용한 통계의 작성이 가능한 것인지 여부를 미리 판단하여야 한다. 이 경우 통계작성기관의 장은 이에 대한 판단을 국가데이터처장에게 의뢰할 수 있다.
③ 국가데이터처장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항에 따른 승인을 하지 아니할 수 있다.
1. 이미 승인을 받은 다른 통계와 조사 또는 보고의 대상·목적 및 방법 등 그 내용이 동일 또는 유사하다고 인정되는 경우
2. 표본규모가 지나치게 작거나 검증된 통계작성기법을 사용하지 아니하여 통계의 신뢰성을 확보할 수 없다고 인정되는 경우
3. 조사 또는 보고의 대상 또는 목적 등이 특정 이익집단 또는 특정부문에 편중되거나 영리적인 목적으로 작성되는 등 공공의 이익을 목적으로 작성된다고 보기 어려운 경우
④ 국가데이터처장은 제1항에 따른 승인을 한 때에는 이를 고시하여야 한다. 이 경우 승인을 한 통계의 명칭, 통계작성기관의 명칭 등 고시에 포함되어야 할 사항은 대통령령으로 정한다.

제45관 형법

제287조(미성년자의 약취, 유인)
미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10년 이하의 징역에 처한다.

제288조(추행 등 목적 약취, 유인 등)

① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제2항과 동일한 형으로 처벌한다.

제289조(인신매매)
① 사람을 매매한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제3항과 동일한 형으로 처벌한다.

제290조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해 · 치상)
① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해한 때에는 3년 이상 25년 이하의 징역에 처한다.
② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.

제291조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인 · 치사)
① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 살해한 때에는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제292조(약취, 유인, 매매, 이송된 사람의 수수 · 은닉 등)
① 제287조부터 제289조까지의 죄로 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 수수(授受) 또는 은닉한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범할 목적으로 사람을 모집, 운송, 전달한 사람도 제1항과 동일한 형으로 처벌한다.

제294조(미수범)
제287조부터 제289조까지, 제290조제1항, 제291조제1항과 제292조제1항의 미수범은 처벌한다.

제295조(벌금의 병과)
제288조부터 제291조까지, 제292조제1항의 죄와 그 미수범에 대하여는 5천만원 이하의 벌금을 병과할 수 있다.

제295조의2(형의 감경)
제287조부터 제290조까지, 제292조와 제294조의 죄를 범한 사람이 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 안전한 장소로 풀어준 때에는 그 형을 감경할 수 있다.

제296조(예비, 음모)
제287조부터 제289조까지, 제290조제1항, 제291조제1항과 제292조제1항의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.

제296조의2(세계주의)
제287조부터 제292조까지 및 제294조는 대한민국 영역 밖에서 죄를 범한 외국인에게도 적용한다.

제46관 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “임종과정”이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.

2. “임종과정에 있는 환자”란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.

3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

가. 삭제

나. 삭제

다. 삭제

라. 삭제

마. 삭제

4. “연명의료”란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.

5. “연명의료중단등결정”이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.

6. “호스피스·완화의료”(이하 “호스피스”라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “호스피스대상환자”라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.

가. 암

나. 후천성면역결핍증

다. 만성 폐쇄성 호흡기질환

라. 만성 간경화

마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환

7. “담당의사”란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “말기환자등”이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.

8. “연명의료계획서”란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

9. “사전연명의료의향서”란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

[보험용어 해설]

1. 보험약관

생명보험 계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

2. 보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

3. 보험계약자

보험회사와 보험계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람

4. 피보험자

보험사고의 대상이 되는 사람

5. 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 보험회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

6. 보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

7. 보험금

피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

8. 보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

9. 보장개시일

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

10. 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

11. 계약자적립액

장래의 보험금, 해약환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

12. 해약환급금

보험계약이 해지되는 때에 보험회사가 보험계약자에게 돌려주는 금액