이 상품은 보장성상품으로, 은행의 예금 및 적금상품과는 다르며, 저축·재테크 목적의 상품이 아닙니다.

(무)하나로 라이트 3.10.5 간편건강보험

약관

이 상품은 순수보장형 보험으로 만기시 환급금이 없습니다.

하나생명

준법감시인 심의필 하생 2026-525(2026.06.15)

개인(신용)정보의 제공 · 활용 및 조회에 관한 고객권리 안내문

이 권리안내문은 개인(신용)정보의 제공·활용 및 조회에 대하여 동의를 하신 고객님에게 내용을 보다 상세하게 설명해 드리고, 이와 관련된 고객님의 권리를 알려 드리기 위한 것 입니다.

하나생명은 고객님의 개인신용정보처리 동의목적 범위(금융거래설정/유지여부판단, 고객동의사항 등)내에서 최소한의 정보만 수집, 이용하고 있습니다. 고객님께서는 상품소개 목적 등의 동의여부와 관계없이 금융거래 체결 및 해당 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 제휴, 마케팅 또는 하나금융그룹사 등에 정보제공 동의를 하지 않으실 경우, 제휴 또는 부가서비스, 신상품 안내 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

고객님께서는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 아래와 같은 권리를 가집니다.

1. 신용정보 이용 및 제공사실의 조회(법 제35조)

고객님께서는 홈페이지(www.hanalife.co.kr)를 통해 고객님의 개인신용정보의 이용 및 제공사실을 조회할 수 있습니다

2. 상거래 거절 근거 신용정보의 고지요구(법 제36조)

고객님께서는 신용정보집중기관, 신용평가회사 등으로부터 제공받은 개인신용정보를 통해 하나생명과 고객님과의 상거래관계 설정의 거절이나 중지의 근거가 된 신용정보 및 해당 신용정보를 제공한 신용정보집중기관, 신용평가회사의 명칭, 주소, 연락처 등을 고지해 줄 것을 하나생명에 요구할 수 있습니다. (신용정보집중기관 및 신용평가회사는 금융거래 관계의 설정을 거절하거나 중지하도록 결정하지는 않습니다.) 또한 신용정보집중기관 및 신용평가회사로부터 제공받은 정보 외에 다른 정보를 함께 사용하였을 경우에는 그 사실 및 그 다른 정보에 대해 고지 요구를 하실 수 있습니다.

3. 개인신용정보 제공 · 이용 동의철회 (법 제37조)

가. 고객님께서는 신용도 등을 평가하기 위한 목적 외의 목적으로 행한 개인신용정보 제공 동의를 철회할 수 있습니다. 다만, 동의를 철회할 경우, 계약유지관리, 업무위탁 및 원활한 상담 등의 용역을 제공받지 않을 것임을 명확히 밝혀야 합니다.

나. 고객님께서는 하나생명이 상품이나 서비스를 소개하거나 구매를 권유할 목적으로 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있습니다(Do-Not-Call, 문자수신거부 등)

다. 하나생명은 동의철회 등의 청구를 받은 날부터 1개월 이내에 처리를 완료하고, 고객님에게 서면, 전자우편, 휴대전화, 문자메시지, 인터넷 홈페이지, 전화 등을 통해 고지합니다.

【개인신용정보 제공 · 이용 동의철회 신청방법】

· 인터넷: www.hanalife.co.kr 內 사이버창구(사이버창구 이용 시 등록절차가 필요합니다)

· 전화 : 하나생명보험 손님케어센터 1577-1112 / 080-3488-7000

※ 신청은 신용정보주체에 한합니다.(배우자 등 가족, 제3자는 신청금지) 신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할수 없으며, 마케팅 동의 철회는 가능합니다.

4. 신용정보의 열람 및 정정청구(법 제38조)

가. 고객님께서는 본인임을 확인받아 하나생명이 보유하고 있는 고객님의 정보에 대해 제공받으시거나 또는 열람하실 수 있으며, 하나생명은 고객님의 청구사항 접수 시 서면이나 전자문서, 인터넷홈페이지, 콜센터 등을 통하여 제공하거나 열람하실 수 있도록 처리해 드립니다

나. 고객님께서 열람 제공을 요청하신 정보가 사실과 다를 경우에는 삭제 또는 정정 요구를 하실 수 있으며, 그 요구가 정당한 사유가 있다고 인정되면, 고객님의 해당 정보에 대해 제공 및 이용을 중단한 후 사실 인지를 조사하여 사실과 다르거나 확인할 수 없는 신용정보는 삭제하거나 정정한 후 7일 이내에 알려드립니다. 고객님께서는 처리결과에 이의가 있으실 경우 금융위원회에 그 시정을 요청할 수 있습니다.

【신용정보의 열람 및 정정청구 신청방법】

· 인터넷: www.hanalife.co.kr 內 사이버창구(사이버창구 이용 시 등록절차가 필요합니다.)
· 내방: 본사(홈페이지 참고)
· 전화: 하나생명보험 손님케어센터 1577-1112 / 080-3488-7000

5. 개인신용정보의 삭제요구(법 제38조의3)

고객님께서는 하나생명과 금융거래 등 상거래관계가 종료되고 보유기간 등이 경과한 경우(보유기간: 금융거래등 상거래관계 설정 및 유지 등에 필수적인 개인신용정보의 경우 5년, 그 외의 개인신용정보의 경우 3개월) 개인신용정보의 삭제를 요구할 수 있으며(삭제요구로 인한 불이익이 발생할 경우 이에 대한 충분한 사전설명 후 삭제조치) 하나생명은 개인신용정보 삭제 후 그 결과를 통지합니다.

다만, 다른 법률에 따른 의무 이행을 위하여 불가피한 경우, 개인의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우 및 보험금 지급 등 신용정보법에서 규정하고 있는 사항일 경우에는 제외되며, 해당 고객님의 개인신용정보는 다른 신용정보주체의 정보와 별도로 분리 보관 및 강화된 접근통제를 통해 업무상 필수인원만 접근 가능하도록 엄격히 통제합니다.

【개인신용정보의 삭제요구 신청방법】

· 내방: 본사(홈페이지 참고)
· 전화: 하나생명보험 손님케어센터 1577-1112 / 080-3488-7000

6. 신용정보 무료열람 요구(법 제39조)

고객님께서는 신용평가회사를 통해 일정한 기간마다 고객님의 신용정보를 1회 이상 무료로 제공 받거나 열람하실 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용평가회사에 문의하시기 바랍니다.

【신용정보 무료열람 요구 관련 문의처】

· 나이스평가정보㈜: 02-2122-4000(www.niceinfo.co.kr)
· 에스씨아이평가정보㈜: 1588-4753 (www.sci.co.kr)
· 코리아크레딧뷰로㈜: 02-708-1000 (www.company.koreacb.com)

7. 개인신용정보 유출 시 피해보상

하나생명의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님께 발생한 손해에 대해 관계법령등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

※ 위의 권리사항 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우, 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

· 하나생명 개인신용정보관리 · 보호인 담당부서: 02-3709-5986
· 생명보험협회 개인신용정보보호 담당자: 02-2262-6600
· 금융감독원 개인신용정보보호 담당자: 국번없이 1332

「금융소비자보호에 관한 법률」에 따른 고객권리 안내문

「금융소비자보호에 관한 법률」에 따라 고객님께서는 다음의 권리를 가집니다.

1. 고객님은 법률 제36조에 따라 금융과 관련하여 분쟁이 있을 때에는 금융감독원장에게 분쟁조정을 신청할 수 있습니다.

2. 고객님은 법률 제46조에 따라 일정 기간 내에 청약을 철회할 수 있습니다.

3. 고객님은 법률 제47조에 따라 금융상품판매업자 등이 5대 판매규제*를 위반하여 금융상품 계약을 체결한 경우, 일정 기간내에 계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
   *적합성 원칙, 적정성 원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지, 부당권유행위 금지

4. 고객님은 법률 제36조에 따른 분쟁조정 또는 소송의 수행 등 권리구제를 목적으로 법률 제28조에 따라 금융상품판매업자 등이 기록 및 유지· 관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취 포함)을 요구할 수 있습니다.

(무)하나로 라이트 3.10.5 간편건강보험

(해약환급금 미지급형, 표준형)

약관의 목차

Ⅰ-005 ····· 가나다 순 특약 색인
Ⅰ-008 ····· 약관을 쉽게 이용할 수 있는 약관이용 Guide Book
Ⅰ-012 ····· 보험용어 해설
Ⅰ-013 ····· 쉽게 이해하는 약관요약서
Ⅱ-001 ····· (무)하나로 라이트 3.10.5 간편건강보험
Ⅲ-001 ····· 특약 일반사항
Ⅳ-001 ····· (무)3대주요암진단특약(간편심사형)
Ⅳ-018 ····· (무)갑상선암수술후호르몬약물치료특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅳ-033 ····· (무)고액암진단특약(간편심사형)
Ⅳ-050 ····· (무)급여갑상선바늘생검조직병리검사특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅳ-061 ····· (무)급여암자기공명영상진단(MRI)검사지원특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅳ-078 ····· (무)급여양전자방출단층촬영(PET)검사지원특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅳ-089 ····· (무)급여유방바늘생검조직병리검사특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅳ-100 ····· (무)급여전립선바늘생검조직병리검사특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅳ-111 ····· (무)남녀특정암진단특약(간편심사형)
Ⅳ-124 ····· (무)림프절전이암진단특약(간편심사형)
Ⅳ-143 ····· (무)비급여(전액본인부담 포함)암주요치료특약(치료별연간1회)(간편심사형)
Ⅳ-164 ····· (무)상급종합병원Ⅱ암주요치료특약(치료별 연간1회)(간편심사형)
Ⅳ-184 ····· (무)소액암진단특약(간편심사형)
Ⅳ-198 ····· (무)암(갑상선암,전립선암제외)다빈치로봇수술특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅳ-214 ····· (무)암다빈치로봇수술특약(갱신형)(간편심사형)

Ⅳ-230 ····· (무)암산정특례대상보장특약(간편심사형)
Ⅳ-243 ····· (무)암수술특약(간편심사형)
Ⅳ-261 ····· (무)암주요치료(항암호르몬약물)특약(연간1회)(간편심사형)
Ⅳ-281 ····· (무)암주요치료특약(치료별 연간1회)(간편심사형)
Ⅳ-299 ····· (무)암직접치료(요양병원제외)입원특약(간편심사형)
Ⅳ-318 ····· (무)암직접치료상급종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형)
Ⅳ-338 ····· (무)암직접치료상급종합병원통원특약Ⅱ(간편심사형)
Ⅳ-357 ····· (무)암직접치료종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형)
Ⅳ-377 ····· (무)암직접치료통원특약(간편심사형)
Ⅳ-395 ····· (무)요양병원암입원특약(간편심사형)
Ⅳ-413 ····· (무)일반암진단특약(간편심사형)
Ⅳ-429 ····· (무)특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅳ-450 ····· (무)특정전이암진단특약(간편심사형)
Ⅳ-468 ····· (무)특정항암호르몬약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅳ-487 ····· (무)표적항암약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅳ-511 ····· (무)항암방사선치료특약(간편심사형)
Ⅳ-526 ····· (무)항암세기조절방사선치료특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅳ-542 ····· (무)항암약물치료특약(간편심사형)
Ⅳ-557 ····· (무)항암양성자방사선치료특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅳ-572 ····· (무)항암중입자방사선치료특약(간편심사형)
Ⅴ-001 ····· (무)관상동맥(심장동맥)우회수술특약(간편심사형)
Ⅴ-011 ····· (무)급성뇌경색증혈전용해치료특약(간편심사형)
Ⅴ-023 ····· (무)급성심근경색증진단특약(간편심사형)
Ⅴ-034 ····· (무)급성심근경색증혈전용해치료특약(간편심사형)
Ⅴ-046 ····· (무)급여뇌심장질환검사지원특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅴ-062 ····· (무)급여뇌심장질환혈관조영술검사지원특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅴ-076 ····· (무)뇌전증진단특약(간편심사형)
Ⅴ-087 ····· (무)뇌졸중진단특약(간편심사형)
Ⅴ-099 ····· (무)뇌출혈진단특약(간편심사형)
Ⅴ-112 ····· (무)뇌혈관질환산정특례대상보장특약(간편심사형)
Ⅴ-125 ····· (무)뇌혈관질환상급종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형)
Ⅴ-138 ····· (무)뇌혈관질환수술특약(간편심사형)
Ⅴ-150 ····· (무)뇌혈관질환입원특약(간편심사형)
Ⅴ-162 ····· (무)뇌혈관질환종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형)
Ⅴ-175 ····· (무)뇌혈관질환진단특약(간편심사형)

Ⅴ-187 ····· (무)뇌혈관질환통원특약(연간30회)(간편심사형)
Ⅴ-199 ····· (무)대동맥인조혈관치환수술특약(간편심사형)
Ⅴ-209 ····· (무)부정맥진단특약(간편심사형)
Ⅴ-220 ····· (무)상급종합병원특정순환계질환주요치료특약(치료별연간1회)(간편심사형)
Ⅴ-240 ····· (무)심장질환산정특례대상보장특약(간편심사형)
Ⅴ-257 ····· (무)심장판막수술특약(간편심사형)
Ⅴ-267 ····· (무)특정순환계질환주요치료특약(치료별연간1회)(간편심사형)
Ⅴ-287 ····· (무)허혈성심장질환상급종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형)
Ⅴ-300 ····· (무)허혈성심장질환수술특약(간편심사형)
Ⅴ-312 ····· (무)허혈성심장질환입원특약(간편심사형)
Ⅴ-324 ····· (무)허혈성심장질환종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형)
Ⅴ-337 ····· (무)허혈성심장질환진단특약(간편심사형)
Ⅴ-349 ····· (무)허혈성심장질환통원특약(연간30회)(간편심사형)
Ⅵ-001 ····· (무)1~5종수술특약(간편심사형)
Ⅵ-020 ····· (무)3대기관양성신생물및용종수술특약(간편심사형)
Ⅵ-032 ····· (무)5대장기이식수술특약(간편심사형)
Ⅵ-042 ····· (무)6대질병장해(50%이상)보장특약(간편심사형)
Ⅵ-055 ····· (무)간경변증진단특약(간편심사형)
Ⅵ-066 ····· (무)갑상선기능항진증치료특약(간편심사형)
Ⅵ-077 ····· (무)깁스치료특약(간편심사형)
Ⅵ-087 ····· (무)대상포진진단특약Ⅱ(간편심사형)
Ⅵ-098 ····· (무)대상포진눈병진단특약(간편심사형)
Ⅵ-109 ····· (무)상급종합병원질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약(간편심사형)
Ⅵ-124 ····· (무)응급실내원특약(간편심사형)
Ⅵ-136 ····· (무)입원간병인사용(요양병원)특약(간편심사형)
Ⅵ-149 ····· (무)입원간병인사용(요양병원제외)특약(간편심사형)
Ⅵ-162 ····· (무)입원간호간병통합서비스사용(요양병원제외)특약(간편심사형)
Ⅵ-174 ····· (무)재해골절치료특약(간편심사형)
Ⅵ-185 ····· (무)재해사망특약(간편심사형)
Ⅵ-195 ····· (무)재해수술특약(간편심사형)
Ⅵ-205 ····· (무)재해장해(3~100%)보장특약(간편심사형)
Ⅵ-216 ····· (무)재해장해(50%이상)보장특약(간편심사형)
Ⅵ-226 ····· (무)재해장해(80%이상)보장특약(간편심사형)
Ⅵ-236 ····· (무)정기특약(간편심사형)

Ⅵ-246 ····· (무)조혈모세포이식수술특약(간편심사형)
Ⅵ-256 ····· (무)종합병원질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약(간편심사형)
Ⅵ-270 ····· (무)질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약(간편심사형)
Ⅵ-283 ····· (무)질병수술(특정 경증질환 제외)특약(간편심사형)
Ⅵ-297 ····· (무)질병수술특약(간편심사형)
Ⅵ-309 ····· (무)질병장해(3~100%)보장특약(간편심사형)
Ⅵ-320 ····· (무)질병장해(50%이상)보장특약(간편심사형)
Ⅵ-330 ····· (무)질병장해(80%이상)보장특약(간편심사형)
Ⅵ-340 ····· (무)첫날부터상급종합병원입원(1~120일)특약(간편심사형)
Ⅵ-354 ····· (무)첫날부터상급종합병원입원(1~30일)특약(간편심사형)
Ⅵ-368 ····· (무)첫날부터입원(1~120일)특약(간편심사형)
Ⅵ-379 ····· (무)첫날부터입원(1~30일)특약(간편심사형)
Ⅵ-390 ····· (무)첫날부터종합병원입원(1~30일)특약(간편심사형)
Ⅵ-404 ····· (무)첫날부터중환자실입원(1~60일)특약(간편심사형)
Ⅵ-417 ····· (무)통풍진단특약Ⅱ(간편심사형)
Ⅶ-001 ····· (무)50%장해납입면제특약(간편심사형)
Ⅶ-041 ····· (무)50%장해납입면제특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅶ-082 ····· (무)급성심근경색증납입면제특약(간편심사형)
Ⅶ-097 ····· (무)급성심근경색증납입면제특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅶ-113 ····· (무)뇌졸중납입면제특약(간편심사형)
Ⅶ-128 ····· (무)뇌졸중납입면제특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅶ-144 ····· (무)뇌출혈납입면제특약(간편심사형)
Ⅶ-159 ····· (무)뇌출혈납입면제특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅶ-175 ····· (무)일반암납입면제특약(간편심사형)
Ⅶ-195 ····· (무)일반암납입면제특약(갱신형)(간편심사형)
Ⅷ-001 ····· 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수특약
Ⅷ-015 ····· 지정대리청구서비스특약
Ⅷ-019 ····· 장애인전용보험 전환특약
Ⅷ-025 ····· 치료비선지급서비스특약
Ⅸ-001 ····· 약관 내 인용조문

※ 가나다 순 특약 색인

(무)1~5 종수술특약(간편심사형) P Ⅵ-001
(무)3대기관양성신생물및용종수술특약(간편심사형) P Ⅵ-020
(무)3대주요암진단특약(간편심사형) P Ⅳ-001
(무)50%장해납입면제특약(간편심사형) P Ⅶ-001
(무)50%장해납입면제특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅶ-041
(무)5대장기이식수술특약(간편심사형) P Ⅵ-032
(무)6대질병장해(50%이상)보장특약(간편심사형) P Ⅵ-042
(무)간경변증진단특약(간편심사형) P Ⅵ-055
(무)갑상선기능항진증치료특약(간편심사형) P Ⅵ-066
(무)갑상선암수술후호르몬약물치료특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅳ-018
(무)고액암진단특약(간편심사형) P Ⅳ-033
(무)관상동맥(심장동맥)우회수술특약(간편심사형) P Ⅴ-001
(무)급성뇌경색증혈전용해치료특약(간편심사형) P Ⅴ-011
(무)급성심근경색증납입면제특약(간편심사형) P Ⅶ-082
(무)급성심근경색증납입면제특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅶ-097
(무)급성심근경색증진단특약(간편심사형) P Ⅴ-023
(무)급성심근경색증혈전용해치료특약(간편심사형) P Ⅴ-034
(무)급여갑상선바늘생검조직병리검사특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅳ-050
(무)급여뇌심장질환검사지원특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅴ-046
(무)급여뇌심장질환혈관조영술검사지원특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅴ-062
(무)급여암자기공명영상진단(MRI)검사지원특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅳ-061
(무)급여양전자방출단층촬영(PET)검사지원특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅳ-078
(무)급여유방바늘생검조직병리검사특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅳ-089
(무)급여전립선바늘생검조직병리검사특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅳ-100
(무)깁스치료특약(간편심사형) P Ⅵ-077
(무)남녀특정암진단특약(간편심사형) P Ⅳ-111
(무)뇌전증진단특약(간편심사형) P Ⅴ-076
(무)뇌졸중납입면제특약(간편심사형) P Ⅶ-113
(무)뇌졸중납입면제특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅶ-128
(무)뇌졸중진단특약(간편심사형) P Ⅴ-087
(무)뇌출혈납입면제특약(간편심사형) P Ⅶ-144
(무)뇌출혈납입면제특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅶ-159
(무)뇌출혈진단특약(간편심사형) P Ⅴ-099
(무)뇌혈관질환산정특례대상보장특약(간편심사형) P Ⅴ-112
(무)뇌혈관질환상급종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) P Ⅴ-125
(무)뇌혈관질환수술특약(간편심사형) P Ⅴ-138
(무)뇌혈관질환입원특약(간편심사형) P Ⅴ-150
(무)뇌혈관질환종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) P Ⅴ-162
(무)뇌혈관질환진단특약(간편심사형) P Ⅴ-175
(무)뇌혈관질환통원특약(연간30회)(간편심사형) P Ⅴ-187
(무)대동맥인조혈관치환수술특약(간편심사형) P Ⅴ-199
(무)대상포진눈병진단특약(간편심사형) P Ⅵ-098
(무)대상포진진단특약Ⅱ(간편심사형) P Ⅵ-087
(무)림프절전이암진단특약(간편심사형) P Ⅳ-124
(무)부정맥진단특약(간편심사형) P Ⅴ-209
(무)비급여(전액본인부담 포함)암주요치료특약(치료별연간1회)(간편심사형) P Ⅳ-143
(무)상급종합병원Ⅱ암주요치료특약(치료별 연간1회)(간편심사형) P Ⅳ-164
(무)상급종합병원특정순환계질환주요치료특약(치료별연간1회)(간편심사형) P Ⅴ-220

(무)상급종합병원질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약(간편심사형) P Ⅵ-109
(무)소액암진단특약(간편심사형) P Ⅳ-184
(무)심장질환산정특례대상보장특약(간편심사형) P Ⅴ-240
(무)심장판막수술특약(간편심사형) P Ⅴ-257
(무)암(갑상선암,전립선암제외)다빈치로봇수술특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅳ-198
(무)암다빈치로봇수술특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅳ-214
(무)암산정특례대상보장특약(간편심사형) P Ⅳ-230
(무)암수술특약(간편심사형) P Ⅳ-243
(무)암주요치료(항암호르몬약물)특약(연간1회)(간편심사형) P Ⅳ-261
(무)암주요치료특약(치료별 연간1회)(간편심사형) P Ⅳ-281
(무)암직접치료(요양병원제외)입원특약(간편심사형) P Ⅳ-299
(무)암직접치료상급종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) P Ⅳ-318
(무)암직접치료상급종합병원통원특약Ⅱ(간편심사형) P Ⅳ-338
(무)암직접치료종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) P Ⅳ-357
(무)암직접치료통원특약(간편심사형) P Ⅳ-377
(무)요양병원암입원특약(간편심사형) P Ⅳ-395
(무)응급실내원특약(간편심사형) P Ⅵ-124
(무)일반암납입면제특약(간편심사형) P Ⅶ-175
(무)일반암납입면제특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅶ-195
(무)일반암진단특약(간편심사형) P Ⅳ-413
(무)입원간병인사용(요양병원)특약(간편심사형) P Ⅵ-136
(무)입원간병인사용(요양병원제외)특약(간편심사형) P Ⅵ-149
(무)입원간호간병통합서비스사용(요양병원제외)특약(간편심사형) P Ⅵ-162
(무)재해골절치료특약(간편심사형) P Ⅵ-174
(무)재해사망특약(간편심사형) P Ⅵ-185
(무)재해수술특약(간편심사형) P Ⅵ-195
(무)재해장해(3~100%)보장특약(간편심사형) P Ⅵ-205
(무)재해장해(50%이상)보장특약(간편심사형) P Ⅵ-216
(무)재해장해(80%이상)보장특약(간편심사형) P Ⅵ-226
(무)정기특약(간편심사형) P Ⅵ-236
(무)조혈모세포이식수술특약(간편심사형) P Ⅵ-246
(무)종합병원질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약(간편심사형) P Ⅵ-256
(무)질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약(간편심사형) P Ⅵ-270
(무)질병수술(특정 경증질환 제외)특약(간편심사형) P Ⅵ-283
(무)질병수술특약(간편심사형) P Ⅵ-297
(무)질병장해(3~100%)보장특약(간편심사형) P Ⅵ-309
(무)질병장해(50%이상)보장특약(간편심사형) P Ⅵ-320
(무)질병장해(80%이상)보장특약(간편심사형) P Ⅵ-330
(무)첫날부터상급종합병원입원(1~120일)특약(간편심사형) P Ⅵ-340
(무)첫날부터상급종합병원입원(1~30일)특약(간편심사형) P Ⅵ-354
(무)첫날부터입원(1~120일)특약(간편심사형) P Ⅵ-368
(무)첫날부터입원(1~30일)특약(간편심사형) P Ⅵ-379
(무)첫날부터종합병원입원(1~30일)특약(간편심사형) P Ⅵ-390
(무)첫날부터중환자실입원(1~60일)특약(간편심사형) P Ⅵ-404
(무)통풍진단특약Ⅱ(간편심사형) P Ⅵ-417
(무)특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅳ-429
(무)특정순환계질환주요치료특약(치료별연간1회)(간편심사형) P Ⅴ-267
(무)특정전이암진단특약(간편심사형) P Ⅳ-450
(무)특정항암호르몬약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅳ-468
(무)표적항암약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅳ-487
(무)항암방사선치료특약(간편심사형) P Ⅳ-511
(무)항암세기조절방사선치료특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅳ-526
(무)항암약물치료특약(간편심사형) P Ⅳ-542

(무)항암양성자방사선치료특약(갱신형)(간편심사형) P Ⅳ-557
(무)항암중입자방사선치료특약(간편심사형) P Ⅳ-572
(무)허혈성심장질환상급종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) P Ⅴ-287
(무)허혈성심장질환수술특약(간편심사형) P Ⅴ-300
(무)허혈성심장질환입원특약(간편심사형) P Ⅴ-312
(무)허혈성심장질환종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) P Ⅴ-324
(무)허혈성심장질환진단특약(간편심사형) P Ⅴ-337
(무)허혈성심장질환통원특약(연간30회)(간편심사형) P Ⅴ-349
치료비선지급서비스특약 P Ⅷ-025
장애인전용보험 전환특약 P Ⅷ-019
지정대리청구서비스특약 P Ⅷ-015
특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수특약 P Ⅷ-001

약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 Guide Book

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

1 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무를** 규정하고 있습니다.

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

2 한 눈에 보는 약관의 구성

약관이용 Guide Book

약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록
약관의 구성, 쉽게 찾는 방법, 보험용어의 **해설** 등의 내용을 담고 있는 **지침서**

시각화된 약관요약서

약관을 쉽게 이해할 수 있도록 **계약 주요내용** 및 **유의사항** 등을
시각적 방법을 이용하여 **간단 요약한 약관**

보험약관(주계약&특약)

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

약관 내 인용조문 등

약관 이해를 돕기 위한 **관련 법규** 등을 소비자에게 안내

3 QR 코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR 코드를 스캔하면
상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금 지급절차	전국지점

4 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기 ((무)하나로 라이트 3.10.5 간편건강보험 기준)

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

1	보험금 지급 및 지급제한 사항	제3조(보험금의 지급사유) P Ⅱ-7 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) P Ⅱ-8	영상자료
2	청약 철회	제17조(청약의 철회) P Ⅱ-16	영상자료
3	계약 취소	제18조(약관교부 및 설명의무 등) P Ⅱ-17	영상자료
4	계약 무효	제19조(계약의 무효) P Ⅱ-18	영상자료
5	계약 前 알릴 의무 및 위반효과	제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) P Ⅱ-13	영상자료
6	보험료 연체 및 해지	제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) P Ⅱ-23	영상자료
7	부활(효력회복)	제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) P Ⅱ-24	영상자료
8	해약환급금	제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권) P Ⅱ-26 제32조(해약환급금) P Ⅱ-27	영상자료
9	보험계약대출	제33조(보험계약대출) P Ⅱ-28	영상자료

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

5 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 **7가지 꿀팁**을 활용하시면 약관을 보다 **쉽고 편리하게** 이용할 수 있습니다.

1	시각화된 '약관요약서'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.	→ 약관 요약서 P Ⅰ-13
2	'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.	→ 핵심 체크항목 P Ⅰ-10
3	'가나다 순 특약 색인'을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. *주계약에 부가된 특약은 자유롭게 선택,가입(의무특약제외)할 수 있고 가입특약에 한해 보장받을 수 있음	→ 가나다 순 특약 색인 P Ⅰ-5
4	약관 내용 중 어려운 보험용어는 보험용어해설, 약관본문 Box 안 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.	→ 보험용어 해설 P Ⅰ-12
5	스마트폰으로 QR 코드를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 본사 안내 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.	→ QR 코드 P Ⅰ-9
6	'약관 내 인용조문' 항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.	→ 약관 내 인용조문 P Ⅸ-1
7	약관조항 등이 음영·컬러화 되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.	

6 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 홈페이지(www.hanalife.co.kr), 고객센터(1577-1112)로 문의 가능

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

보험용어 해설

1. 보험약관
생명보험계약에 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
※ 보험사고란, 보험금의 지급사유가 되는 사항으로, 자세한 사항은 '별표1 보험금 지급기준표' 참고

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 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 등을 지급하기 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

12. 해약환급금
보험계약의 효력상실 또는 해지 시 보험계약자에게 돌려주는 금액

쉽게 이해하는
약관 요약서

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

✱ 이 요약서의 내용을 **이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익**을 받을 수 있으므로 **동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정**하시기 바랍니다.

Ⅰ. 보험계약의 개요

- 보험회사명: 하나생명보험회사
- 보험상품명: (무)하나로 라이트 3.10.5 간편건강보험
  (해약환급금 미지급형, 표준형)
- 보험상품의 종목: 건강보험

01. 상품의 주요특징

▶ 이 상품은 피보험자의 사망을 보장하는 상품이며, 다양한 보장성 특약을 부가하여 자유롭게 선택 가능한 종합건강 상품입니다.

▶ 이 상품은 해약환급금 지급유형에 따라 해약환급금 미지급형과 표준형을 선택하여 가입하실 수 있습니다.

▶ 이 상품에 부가된 특약은 피보험자가 보험기간 중 사망하여 특약이 소멸되는 경우 계약자적립금을 지급하지 않는 특약입니다.

▶ 이 상품은 간편심사형으로 질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있어도 간단한 심사 절차를 통하여 가입할 수 있는 상품입니다.

구분	일반심사형	간편심사형
계약승낙 여부	피보험자의 건강상태 및 직업에 따라서 청약에 대한 승낙을 거절할 수 있습니다.	일반상품 대비 질문항목을 간소화하여 지병이나 기왕력이 있어도 가입할 수 있습니다.

02. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

(무)하나로 라이트 3.10.5 간편건강보험(해약환급금 미지급형)
①　　③　　②

① 무배당을 의미하며, 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
② 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 계약을 해지할 경우 해약환급금이 없고, 납입기간 경과 후 해지시 표준형 상품 해약환급금의 50%를 지급하는 상품입니다.
③ 3.10.5 간편은 질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있어도 간단한 심사절차를 통하여 가입할 수 있는 상품입니다.

(무)하나로 라이트 3.10.5 간편건강보험(표준형)
①　　②

① 무배당을 의미하며, 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
② 3.10.5 간편은 질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있어도 간단한 심사절차를 통하여 가입할 수 있는 상품입니다.

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01. 보험금 지급제한사항

주의

이 보험에는 면책기간 등 보험금 지급제한 조건이 부가되어 있습니다.
보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

면책기간

면책기간
보험금 미지급

주의

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

** 면책기간 적용 담보 (단, 선택하신 계약(특약)에 한하여 보장합니다.)

구분	급부명	면책기간
(무)일반암진단특약(간편심사형)	일반암 진단자금	가입 후 90일간 보장 제외
(무)고액암진단특약(간편심사형)	고액암 진단자금	가입 후 90일간 보장 제외
(무)남녀특정암진단특약(간편심사형)	남녀특정암 진단자금	가입 후 90일간 보장 제외
(무)3대주요암진단특약(간편심사형)	3대주요암 진단자금	가입 후 90일간 보장 제외
(무)림프절전이암진단특약(간편심사형)	림프절전이암 진단자금	가입 후 90일간 보장 제외
(무)특정전이암진단특약(간편심사형)	특정전이암 진단자금	가입 후 90일간 보장 제외
(무)암산정특례대상보장특약(간편심사형)	암 산정특례 보장자금	가입 후 90일간 보장 제외
(무)암수술특약(간편심사형)	암 수술자금 I	가입 후 90일간 보장 제외
(무)암다빈치로봇수술특약 (갱신형)(간편심사형)	암다빈치로봇 수술비	가입 후 90일간 보장 제외
(무)암(갑상선암,전립선암제외) 다빈치로봇수술특약(갱신형)(간편심사형)	암(갑상선암,전립선암제외) 다빈치로봇수술비	가입 후 90일간 보장 제외
(무)항암방사선치료특약(간편심사형)	항암방사선치료비 I	가입 후 90일간 보장 제외

구분	급부명	면책기간
(무)항암세기조절방사선치료특약 (갱신형)(간편심사형)	항암세기조절방사선 치료비	가입 후 90일간 보장 제외
(무)항암양성자방사선치료특약 (갱신형)(간편심사형)	항암양성자방사선 치료비	가입 후 90일간 보장 제외
(무)항암중입자방사선치료특약 (간편심사형)	항암중입자방사선 치료비	가입 후 90일간 보장 제외
(무)항암약물치료특약(간편심사형)	항암약물치료비 I	가입 후 90일간 보장 제외
(무)특정항암호르몬약물허가치료특약 (갱신형)(간편심사형)	특정항암호르몬약물허가 치료비	가입 후 90일간 보장 제외
(무)표적항암약물허가치료특약 (갱신형)(간편심사형)	표적항암약물허가 치료비	가입 후 90일간 보장 제외
(무)특정면역항암약물허가치료특약 (갱신형)(간편심사형)	특정면역항암약물허가 치료비	가입 후 90일간 보장 제외
(무)암직접치료(요양병원제외)입원특약 (간편심사형)	암직접치료(요양병원제외) 입원비 I	가입 후 90일간 보장 제외
(무)요양병원암입원특약(간편심사형)	요양병원암 입원비 I	가입 후 90일간 보장 제외
(무)암직접치료통원특약(간편심사형)	암직접치료 통원비 I	가입 후 90일간 보장 제외
(무)암직접치료상급종합병원통원특약II (간편심사형)	암직접치료상급종합병원 통원비 I	가입 후 90일간 보장 제외
(무)암직접치료상급종합병원통원특약 (연간30회)(간편심사형)	암직접치료상급종합병원 통원비(30회한도) I	가입 후 90일간 보장 제외
(무)암직접치료종합병원통원특약 (연간30회)(간편심사형)	암직접치료종합병원 통원비(30회한도) I	가입 후 90일간 보장 제외
(무)비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료특약(치료별 연간1회) (간편심사형)	비급여(전액본인부담 포함) 암수술자금 I	가입 후 90일간 보장 제외
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료자금 I	
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료자금 I	
(무)상급종합병원II 암주요치료특약 (치료별 연간1회)(간편심사형)	상급종합병원II 암수술자금 I	가입 후 90일간 보장 제외
	상급종합병원II 항암약물치료자금 I	
	상급종합병원II 항암방사선치료자금 I	
(무)암주요치료(항암호르몬약물)특약 (연간1회)(간편심사형)	항암호르몬약물치료비	가입 후 90일간 보장 제외
(무)암주요치료특약(치료별 연간1회) (간편심사형)	암수술자금 I	가입 후 90일간 보장 제외
	항암약물치료자금 I	
	항암방사선치료자금 I	

구분	급부명	면책기간
(무)대상포진 진단특약II(간편심사형)	대상포진 진단자금	가입 후 30일간 보장 제외
(무)대상포진눈병 진단특약(간편심사형)	대상포진눈병 진단자금	가입 후 30일간 보장 제외

민원사례 A씨는 암보험 가입 후 2개월이 지나서 위암을 판정 받아 보험회사에 위암 진단자금을 청구

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

감액지급

감액지급
50%
(1년이내)

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

** 감액지급 적용 담보 (단, 선택하신 계약(특약)에 한하여 보장합니다.)

구분	급부명	감액기간 및 비율
(무)일반암진단특약(간편심사형)	일반암 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)소액암진단특약(간편심사형)	소액암 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)고액암진단특약(간편심사형)	고액암 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)남녀특정암진단특약(간편심사형)	남녀특정암 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)3대주요암진단특약(간편심사형)	3대주요암 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)림프절전이암진단특약(간편심사형)	림프절전이암 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)특정전이암진단특약(간편심사형)	특정전이암 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료특약(치료별 연간1회) (간편심사형)	비급여(전액본인부담 포함) 암수술자금 I , II	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료자금 I , II	
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료자금 I , II	
(무)상급종합병원II 암주요치료특약 (치료별 연간1회)(간편심사형)	상급종합병원II 암수술자금 I , II	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
	상급종합병원II 항암약물치료자금 I , II	
	상급종합병원II 항암방사선치료자금 I , II	
(무)암주요치료(항암호르몬약물)특약 (연간1회)(간편심사형)	항암호르몬약물치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)암주요치료특약(치료별 연간1회) (간편심사형)	암수술자금 I , II	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
	항암약물치료자금 I , II	
	항암방사선치료자금 I , II	

구분	급부명	감액기간 및 비율
(무)암수술특약(간편심사형)	암 수술자금 I 암 수술자금 II	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)암다빈치로봇수술특약(갱신형) (간편심사형)	암다빈치로봇 수술비	가입 후 180일 이내 보험금 25% 지급
		181일 이상 1년 미만 보험금 50% 지급
(무)암(갑상선암,전립선암제외) 다빈치로봇수술특약(갱신형)(간편심사형)	암(갑상선암,전립선암제외) 다빈치로봇수술비	가입 후 180일 이내 보험금 25% 지급
		181일 이상 1년 미만 보험금 50% 지급
(무)항암방사선치료특약(간편심사형)	항암방사선치료비 I 항암방사선치료비 II	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)항암세기조절방사선치료특약(갱신형) (간편심사형)	항암세기조절방사선 치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)항암양성자방사선치료특약(갱신형) (간편심사형)	항암양성자방사선 치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)항암중입자방사선치료특약 (간편심사형)	항암중입자방사선 치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)항암약물치료특약(간편심사형)	항암약물치료비 I 항암약물치료비 II	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)특정항암호르몬약물허가치료 (갱신형)(간편심사형)	특정항암호르몬약물 허가치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)갑상선암수술후호르몬약물치료특약 (갱신형)(간편심사형)	갑상선암수술후 호르몬약물치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)표적항암약물허가치료특약(갱신형) (간편심사형)	표적항암약물허가 치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)특정면역항암약물허가치료특약 (갱신형)(간편심사형)	특정면역항암약물허가 치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)급여암자기공명영상진단(MRI)검사 지원특약(갱신형)(간편심사형)	급여 암 MRI 검사비 지원자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)급여양전자방출단층촬영(PET)검사 지원특약(갱신형)(간편심사형)	급여 PET 검사비 지원자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)급여갑상선바늘생검조직병리진단특약 (갱신형)(간편심사형)	급여 갑상선바늘생검 조직병리검사비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)급여전립선바늘생검조직병리진단특약 (갱신형)(간편심사형)	급여 전립선바늘생검 조직병리검사비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)급여유방바늘생검조직병리진단특약 (갱신형)(간편심사형)	급여 유방바늘생검 조직병리검사비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)뇌혈관질환진단특약(간편심사형)	뇌혈관질환 진단자금	가입 후 90일 이내 보험금 10% 지급
		91일 이상 1년 미만 보험금 70% 지급
(무)뇌졸중진단특약(간편심사형)	뇌졸중 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)뇌출혈진단특약(간편심사형)	뇌출혈 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)뇌전중진단특약(간편심사형)	뇌전중 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

구분	급부명	감액기간 및 비율
(무)뇌혈관질환수술특약(간편심사형)	뇌혈관질환 수술비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)급성뇌경색증혈전용해치료특약 (간편심사형)	급성뇌경색증 혈전용해치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)허혈성심장질환진단특약(간편심사형)	허혈성심장질환 진단자금	가입 후 90일 이내 보험금 10% 지급
		91일 이상 1년 미만 보험금 70% 지급
(무)급성심근경색증진단특약(간편심사형)	급성심근경색증 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)부정맥진단특약(간편심사형)	부정맥 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)허혈성심장질환수술특약(간편심사형)	허혈성심장질환 수술비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)급성심근경색증혈전용해치료특약 (간편심사형)	급성심근경색증 혈전용해치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)관상동맥(심장동맥)우회수술특약 (간편심사형)	관상동맥(심장동맥)우회수술비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)대동맥인조혈관치환수술특약 (간편심사형)	대동맥인조혈관치환수술비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)심장판막수술특약(간편심사형)	심장판막수술비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)상급종합병원특정순환계질환 주요치료특약(치료별 연간1회) (간편심사형)	특정순환계질환 상급종합병원 수술자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
	특정순환계질환 상급종합병원 혈전주요치료자금 (급여 혈전제거치료, 혈전용해치료)	
	특정순환계질환 상급종합병원 중환자실치료자금	
(무)특정순환계질환 주요치료특약(치료별 연간1회) (간편심사형)	특정순환계질환 수술자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
	특정순환계질환 혈전주요치료자금 (급여 혈전제거치료, 혈전용해치료)	
	특정순환계질환 중환자실치료자금	
(무)급여뇌심장질환검사지원특약(갱신형) (간편심사형)	급여 뇌·심장질환 검사지원비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)급여뇌심장질환혈관조영술 검사지원특약(갱신형)(간편심사형)	급여 혈관조영술검사 지원비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)간경변증진단특약(간편심사형)	간경변증 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)대상포진진단특약Ⅱ(간편심사형)	대상포진 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)대상포진눈병진단특약(간편심사형)	대상포진눈병 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

구분	급부명	감액기간 및 비율
(무)통풍진단특약Ⅱ(간편심사형)	통풍 진단자금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)갑상선기능항진증치료특약 (간편심사형)	갑상선기능항진증 치료비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)5대장기이식수술특약(간편심사형)	5대장기이식수술비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)3대기관양성신생물및용종수술특약 (간편심사형)	3대기관양성신생물및 용종수술비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)질병수술특약(간편심사형)	질병수술비Ⅰ	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)질병수술(백내장 및 대장용종 제외) 특약 (간편심사형)	질병수술비Ⅱ	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)질병수술(특정 경증질환 제외)특약 (간편심사형)	질병수술비Ⅲ	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)종합병원질병수술(백내장 및 대장용 종 제외)특약(간편심사형)	종합병원 질병수술비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)상급종합병원질병수술(백내장 및 대 장용종 제외)특약(간편심사형)	상급종합병원 질병수술비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)1~5종수술특약(간편심사형)	1~5종 수술비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급 (재해 이외 원인 수술시)
(무)첫날부터입원(1~120일)특약 (간편심사형)	입원비Ⅰ	가입 후 1년간 보험금 50% 지급 (재해 이외 원인 입원시)
(무)첫날부터입원(1~30일)특약 (간편심사형)	입원비Ⅱ	가입 후 1년간 보험금 50% 지급 (재해 이외 원인 입원시)
(무)첫날부터종합병원입원(1~30일)특약 (간편심사형)	종합병원 입원비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급 (재해 이외 원인 입원시)
(무)입원간병인사용(요양병원제외)특약 (간편심사형)	입원간병인사용 급여금 (요양병원제외)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)입원간병인사용(요양병원)특약 (간편심사형)	입원간병인사용 급여금 (요양병원)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(무)입원간호간병통합서비스사용 (요양병원제외)특약(간편심사형)	간호·간병통합서비스사용 입원급여금 (요양병원제외)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

보장한도

보장한도

최초
1회한

주의

이 보험에는 보험금 지급 한도가 설정된 담보가 있습니다.

** 보장한도 적용 담보 (단, 선택하신 계약(특약)에 한하여 보장합니다.)

구분	급부명	보장한도
(무)일반암진단특약(간편심사형)	일반암 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)소액암진단특약(간편심사형)	소액암 진단자금	각각 최초 1회에 한해 보장
(무)고액암진단특약(간편심사형)	고액암 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)남녀특정암진단특약(간편심사형)	남녀특정암 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)3대주요암진단특약(간편심사형)	3대주요암 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)림프절전이암진단특약(간편심사형)	림프절전이암 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)특정전이암진단특약(간편심사형)	특정전이암 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)암산정특례대상보장특약(간편심사형)	암 산정특례 보장자금	최초 1회에 한해 보장
(무)암다빈치로봇수술특약(갱신형)(간편심사형)	암다빈치로봇수술비	최초 1회에 한해 보장
(무)암(갑상선암,전립선암제외)다빈치로봇수술특약(갱신형)(간편심사형)	암(갑상선암,전립선암제외)다빈치로봇수술비	최초 1회에 한해 보장
(무)항암방사선치료특약(간편심사형)	항암방사선치료비Ⅰ	최초 1회에 한해 보장
	항암방사선치료비Ⅱ	각각 최초 1회에 한해 보장
(무)항암세기조절방사선치료특약(갱신형)(간편심사형)	항암세기조절방사선 치료비	최초 1회에 한해 보장
(무)항암양성자방사선치료특약(갱신형)(간편심사형)	항암양성자방사선 치료비	최초 1회에 한해 보장
(무)항암중입자방사선치료특약(간편심사형)	항암중입자방사선 치료비	최초 1회에 한해 보장
(무)항암약물치료특약(간편심사형)	항암약물치료비Ⅰ	최초 1회에 한해 보장
	항암약물치료비Ⅱ	각각 최초 1회에 한해 보장
(무)특정항암호르몬약물허가치료(갱신형)(간편심사형)	특정항암호르몬약물허가 치료비	최초 1회에 한해 보장
(무)갑상선암수술후호르몬약물치료특약(갱신형)(간편심사형)	갑상선암수술후 호르몬약물치료비	최초 1회에 한해 보장
(무)표적항암약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형)	표적항암약물허가 치료비	최초 1회에 한해 보장
(무)특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형)	특정면역항암약물허가 치료비	최초 1회에 한해 보장
(무)뇌혈관질환진단특약(간편심사형)	뇌혈관질환 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)뇌졸중진단특약(간편심사형)	뇌졸중 진단자금	최초 1회에 한해 보장

구분	급부명	보장한도
(무)뇌출혈진단특약(간편심사형)	뇌출혈 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)뇌전증진단특약(간편심사형)	뇌전증 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)급성뇌경색증혈전용해치료특약 (간편심사형)	급성뇌경색증 혈전용해치료비	최초 1회에 한해 보장
(무)허혈성심장질환진단특약(간편심사형)	허혈성심장질환 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)급성심근경색증진단특약(간편심사형)	급성심근경색증 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)부정맥진단특약(간편심사형)	부정맥 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)급성심근경색증혈전용해치료특약 (간편심사형)	급성심근경색증 혈전용해치료비	최초 1회에 한해 보장
(무)관상동맥(심장동맥)우회수술특약 (간편심사형)	관상동맥(심장동맥) 우회수술비	최초 1회에 한해 보장
(무)대동맥인조혈관치환수술특약 (간편심사형)	대동맥인조혈관치환 수술비	최초 1회에 한해 보장
(무)심장판막수술특약(간편심사형)	심장판막수술비	최초 1회에 한해 보장
(무)질병장해(80%이상)보장특약 (간편심사형)	질병장해(80%이상) 급여금	최초 1회에 한해 보장
(무)질병장해(50%이상)보장특약 (간편심사형)	질병장해(50%이상) 급여금	최초 1회에 한해 보장
(무)6대질병장해(50%이상)보장특약 (간편심사형)	6대질병장해(50%이상) 급여금	최초 1회에 한해 보장
(무)재해장해(80%이상)보장특약 (간편심사형)	재해장해(80%이상) 급여금	최초 1회에 한해 보장
(무)재해장해(50%이상)보장특약 (간편심사형)	재해장해(50%이상) 급여금	최초 1회에 한해 보장
(무)간경변증진단특약(간편심사형)	간경변증 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)대상포진진단특약II(간편심사형)	대상포진 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)대상포진눈병진단특약(간편심사형)	대상포진눈병 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)통풍진단특약II(간편심사형)	통풍 진단자금	최초 1회에 한해 보장
(무)5대장기이식수술특약(간편심사형)	5대장기이식 수술비	최초 1회에 한해 보장
(무)갑상선기능항진증치료특약 (간편심사형)	갑상선기능항진증 치료비	최초 1회에 한해 보장

보장한도

연간 1회한

구분	급부명	보장한도
(무)급여암자기공명영상진단(MRI) 검사지원특약(갱신형)(간편심사형)	급여 암 MRI 검사비 지원자금	연간 1회에 한해 보장
(무)급여양전자방출단층촬영(PET) 검사지원특약(갱신형)(간편심사형)	급여 PET 검사비 지원자금	연간 1회에 한해 보장
(무)급여갑상선바늘생검조직병리검사특약 (갱신형)(간편심사형)	급여 갑상선 바늘생검조직병리 검사비	연간 1회에 한해 보장
(무)급여전립선바늘생검조직병리검사특약 (갱신형)(간편심사형)	급여 전립선 바늘생검조직병리 검사비	연간 1회에 한해 보장
(무)급여유방바늘생검조직병리검사특약 (갱신형)(간편심사형)	급여 유방 바늘생검조직병리 검사비	연간 1회에 한해 보장
(무)비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료특약(치료별 연간1회) (간편심사형)	비급여(전액본인부담 포함) 암수술자금Ⅰ, Ⅱ	연간 1회에 한해 보장
	비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료자금Ⅰ, Ⅱ	
	비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료자금Ⅰ, Ⅱ	
(무)상급종합병원Ⅱ 암주요치료특약 (치료별 연간1회)(간편심사형)	상급종합병원Ⅱ 암수술자금Ⅰ, Ⅱ	연간 1회에 한해 보장
	상급종합병원Ⅱ 항암약물치료자금Ⅰ, Ⅱ	
	상급종합병원Ⅱ 항암방사선치료자금Ⅰ, Ⅱ	
(무)암주요치료(항암호르몬약물)특약 (연간1회)(간편심사형)	항암호르몬약물치료비	연간 1회에 한해 보장
(무)암주요치료특약(치료별 연간1회) (간편심사형)	암수술자금Ⅰ, Ⅱ	연간 1회에 한해 보장
	항암약물치료자금Ⅰ, Ⅱ	
	항암방사선치료자금Ⅰ, Ⅱ	
(무)뇌혈관질환산정특례대상보장특약 (간편심사형)	뇌혈관질환 산정특례 보장자금	연간 1회에 한해 보장
(무)심장질환산정특례대상보장특약 (간편심사형)	심장질환 산정특례 보장자금	연간 1회에 한해 보장
(무)급여뇌심장질환검사지원특약 (갱신형)(간편심사형)	급여 뇌·심장질환 검사지원비	연간 1회에 한해 보장
(무)급여뇌심장질환혈관조영술검사지원 특약(갱신형)(간편심사형)	급여 혈관조영술검사 지원비	연간 1회에 한해 보장
(무)상급종합병원특정순환계질환 주요치료특약(치료별 연간1회) (간편심사형)	특정순환계질환 상급종합병원 수술자금	연간 1회에 한해 보장
	특정순환계질환 상급종합병원 혈전주요치료자금 (급여 혈전제거치료, 혈전용해치료)	
	특정순환계질환 상급종합병원 중환자실치료자금	

구분	급부명	보장한도
(무)특정순환계질환 주요치료특약(치료별 연간1회)(간편심사형)	특정순환계질환 수술자금	연간 1회에 한해 보장
	특정순환계질환 상급종합병원 혈전주요치료자금(급여 혈전제거치료, 혈전용해치료)	
	특정순환계질환 중환자실치료자금	
(무)3대기관양성신생물및용종수술특약(간편심사형)	3대기관양성신생물및용종 수술비	연간 1회에 한해 보장
(무)질병수술특약(간편심사형)	질병수술비 I	동일 질병의 수술 연간 1회에 한해 보장
(무)질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약(간편심사형)	질병수술비 II	동일 질병의 수술 연간 1회에 한해 보장
(무)질병수술(특정 경증질환 제외)특약(간편심사형)	질병수술비 III	동일 질병의 수술 연간 1회에 한해 보장
(무)종합병원질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약(간편심사형)	종합병원 질병수술비	동일 질병의 수술 연간 1회에 한해 보장
(무)상급종합병원질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약(간편심사형)	상급종합병원 질병수술비	동일 질병의 수술 연간 1회에 한해 보장

보장한도

보험금 지급한도 적용

구분	급부명	보장한도
(무)암직접치료(요양병원제외) 입원특약(간편심사형)	암직접치료(요양병원제외) 입원비 I / II	1회 입원당 120일 한도 보장 (요양병원 제외) (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
(무)요양병원암입원특약(간편심사형)	요양병원암입원비 I / II	1회 입원당 60일 한도 보장 (최대 365일 보장) (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
(무)암직접치료통원특약(간편심사형)	암직접치료통원비 I / II	통원 1회당
(무)암직접치료상급종합병원통원특약II(간편심사형)	암직접치료상급종합병원 통원비 I	통원 1회당 1일 1회한
	암직접치료상급종합병원 통원비 II	각각 통원 1회당 1일 1회한
(무)암직접치료상급종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형)	암직접치료상급종합병원 통원비(30회한도) I	통원 1회당 1일 1회한, 연 30회한
	암직접치료상급종합병원 통원비(30회한도) II	각각 통원 1회당 1일 1회한, 연 30회한
(무)암직접치료종합병원통원특약	암직접치료종합병원통원비(30회한도) I	통원 1회당 1일 1회한, 연 30회한

구분	급부명	보장한도
(연간30회)(간편심사형)	암직접치료종합병원통원비(30회한도)II	각각 통원 1회당 1일 1회한, 연 30회한
(무)뇌혈관질환입원특약(간편심사형)	뇌혈관질환 입원비	1회 입원당 120일 한도 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
(무)뇌혈관질환통원특약(연간30회)(간편심사형)	뇌혈관질환 통원비	통원 1회당 1일 1회한, 연 30회한
(무)뇌혈관질환상급종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형)	뇌혈관질환 상급종합병원통원비	통원 1회당 1일 1회한, 연 30회한
(무)뇌혈관질환종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형)	뇌혈관질환 종합병원통원비	통원 1회당 1일 1회한, 연 30회한
(무)허혈성심장질환입원특약(간편심사형)	허혈성심장질환 입원비	1회 입원당 120일 한도 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
(무)허혈성심장질환통원특약(연간30회)(간편심사형)	허혈성심장질환 통원비	통원 1회당 1일 1회한, 연 30회한
(무)허혈성심장질환상급종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형)	허혈성심장질환 상급종합병원통원비	통원 1회당 1일 1회한, 연 30회한
(무)허혈성심장질환종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형)	허혈성심장질환 종합병원통원비	통원 1회당 1일 1회한, 연 30회한
(무)첫날부터입원(1~120일)특약	입원비 I	1회 입원당 120일 한도 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
(무)첫날부터입원(1~30일)특약(간편심사형)	입원비 II	1회 입원당 30일 한도 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
(무)첫날부터중환자실입원(1~60일)특약(간편심사형)	중환자실 입원비	1회 입원당 60일 한도 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
(무)첫날부터상급종합병원입원(1~120일)특약(간편심사형)	상급종합병원 입원비 I	1회 입원당 120일 한도 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
(무)첫날부터상급종합병원입원(1~30일)특약(간편심사형)	상급종합병원 입원비 II	1회 입원당 30일 한도 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
(무)첫날부터종합병원입원(1~30일)특약(간편심사형)	종합병원 입원비	1회 입원당 30일 한도 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
(무)입원간병인사용(요양병원제외)특약(간편심사형)	입원간병인사용급여금(요양병원제외)	1회 입원당 180일 한도 보장 (요양병원제외) (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외) 1일 8시간 이상 간병인사용
(무)입원간병인사용(요양병원)특약(간편심사형)	입원간병인사용급여금(요양병원)	1회 입원당 180일 한도 보장 (최대 365일 보장) (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외) 1일 8시간 이상 간병인사용
(무)입원간호간병통합서비스사용(요양병원제외)특약(간편심사형)	간호·간병통합서비스사용 입원급여금(요양병원제외)	1회 입원당 180일 한도 보장 (요양병원제외) (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
(무)응급실내원특약(간편심사형)	응급실내원 진료비	내원 1회당 응급환자

보험금 지급관련 기타 유의사항

주의

[암]
- 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일부터 일정기간 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 이차성 암의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 보장합니다.
  다만, (무)림프절전이암진단특약, (무)특정전이암진단특약의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하지 않습니다.

주의

[특정질병]
- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 분류표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

주의

[수술]
- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.
  (예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등)
- 수술분류표를 사용하는 보험은 동 분류표에 기재되어 있는 수술만을 지급대상으로 합니다.

주의

[입원]
- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않을 경우에는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

주의

[재해·상해]
- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

주의

[한국표준질병사인분류]
- 약관에서 규정하는 질병 또는 재해의 분류번호는 제9차 개정 한국표준질병사인분류 기준이며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해의 해당 여부를 판단합니다.
- 질병 또는 재해의 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 또는 재해의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주의

[질병수술]

: 질병수술특약 선택시 아래 질병은 보장에서 제외됩니다.

1) (무)질병수술특약, (무)질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약, (무)질병수술(특정 경증질환 제외)특약, (무)종합병원질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약, (무)상급종합병원질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약은 아래의 질병을 보장하지 않습니다.

- 비만(E66), 요실금(N39.3, N39.4, R32), 항문 및 직장 관련 질환, 치핵 및 항문주위정맥혈전증(K60~K62, K64), 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08), 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 티눈, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

2) (무)질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약, (무)질병수술(특정 경증질환 제외)특약, (무)종합병원질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약, (무)상급종합병원질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약은 상기 1)에 해당하는 질병과 백내장(H25~H27) 및 대장용종(D12.0~D12.8, K62.1, K63.5)을 보장하지 않습니다.

3) (무)질병수술(특정 경증질환 제외)특약은 상기 1), 2)에 해당하는 질병과 아래 특정 경증질환을 보장하지 않습니다.

- 특정 경증질환은 특정 눈 및 귀질환(H00, H10, H11, B30, H60, H92), 특정피부질환(L02, L30, L60, L72, L84), 후각특정질환(J30~J34), 피부종양(D17, D23), 기타(하지의정맥류(I83), 유방의비대(N62), 윤활막염및힘줄윤활막염(M65))를 말합니다.

02. 해약환급금에 관한 사항

보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우 보험회사는 해약환급금을 지급합니다.

▶ 해약환급금 미지급형

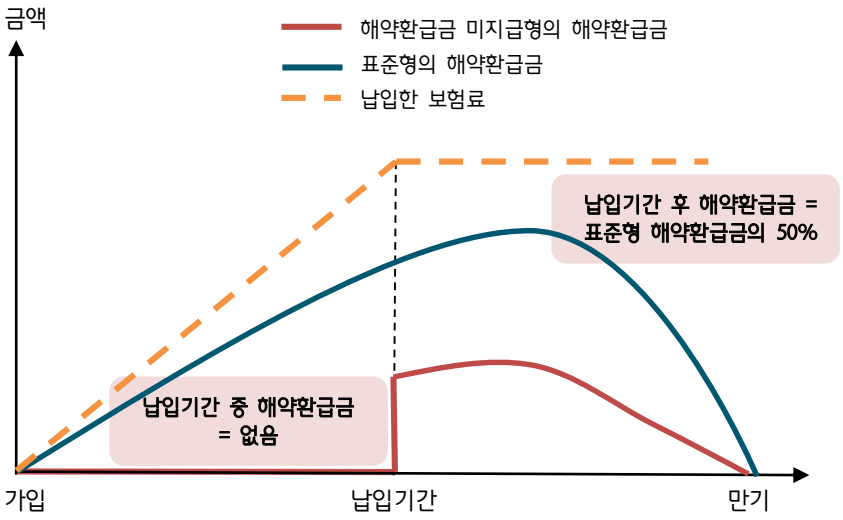
해약환급금
0원
[납입기간중해지시]

주의

① 해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.

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

② 보험료 납입기간 중 보험계약을 해지할 경우 해약환급금이 없습니다.
보험료 납입기간 후 보험계약을 해지할 경우 표준형 상품 보다 해약환급금이 적습니다.



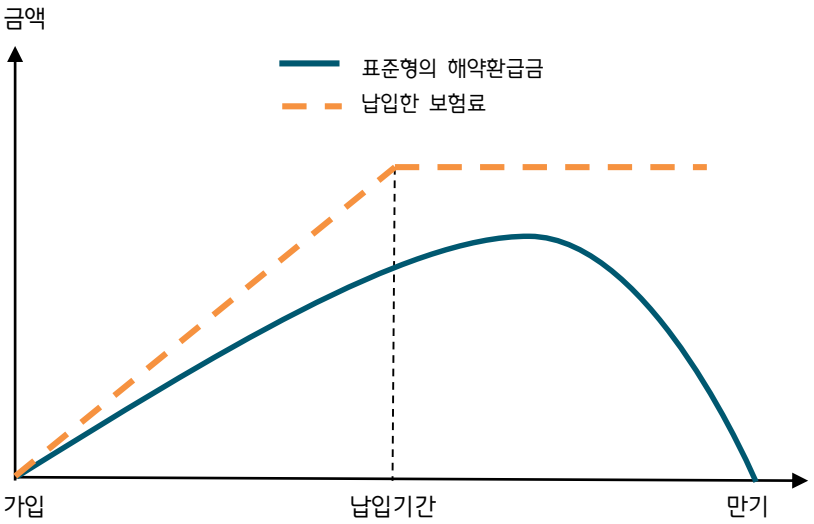
▶ 표준형

해약환급금
적용
[납입기간중해지시]

주의

① 해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.

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



03. 갱신 시 보험료 인상 가능성

✔ 이 보험에는 갱신 시 보험료가 변동되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.

주의 갱신형 계약은 갱신할 때마다 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약
(무)갑상선암수술후호르몬약물치료특약(갱신형)(간편심사형)
(무)급여갑상선바늘생검조직병리검사특약(갱신형)(간편심사형)
(무)급여암자기공명영상진단(MRI)검사지원특약(갱신형)(간편심사형)
(무)급여양전자방출단층촬영(PET)검사지원특약(갱신형)(간편심사형)
(무)급여유방바늘생검조직병리검사특약(갱신형)(간편심사형)
(무)급여전립선바늘생검조직병리검사특약(갱신형)(간편심사형)
(무)암(갑상선암, 전립선암 제외)다빈치로봇수술특약(갱신형)(간편심사형)
(무)암다빈치로봇수술특약(갱신형)(간편심사형)
(무)특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형)
(무)특정항암호르몬약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형)
(무)표적항암약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형)
(무)항암세기조절방사선치료특약(갱신형)(간편심사형)
(무)항암양성자방사선치료특약(갱신형)(간편심사형)
(무)급여뇌심장질환검사지원특약(갱신형)(간편심사형)
(무)급여뇌심장질환혈관조영술검사지원특약(갱신형)(간편심사형)
(무)50%장해납입면제특약(갱신형)(간편심사형)
(무)급성심근경색중납입면제특약(갱신형)(간편심사형)
(무)뇌졸중납입면제특약(갱신형)(간편심사형)
(무)뇌출혈납입면제특약(갱신형)(간편심사형)
(무)일반암납입면제특약(갱신형)(간편심사형)

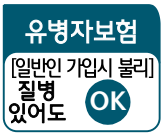
04. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험

주의

① 이 보험은 장기요양상태에 대한 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.
② 만기 또는 중도해지시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.
③ 가입한 특약의 경우 주계약과 보험기간이 다를 수 있습니다. (특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다.)

유병력자 보험



주의

① 이 보험은 질병을 앓고 있거나 과거병력이 있는 소비자가 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.
② 일반보험 상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입하는 경우 불리할 수 있습니다.
③ 다만, 간편심사(3.10.5)형의 경우, 일반심사보험 대비 계약 전 알릴 의무를 일부 강화한 항목이 있어 일부 담보에서는 일반심사보험 대비 보험료가 더 저렴할 수 있습니다.

예금자보호제도에 관한 사항

주의

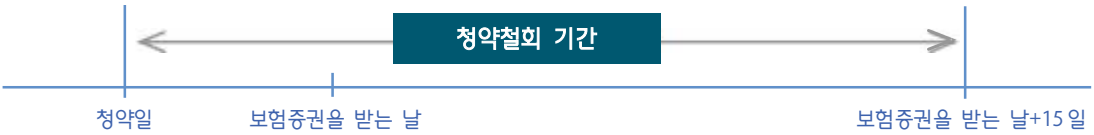
① 이 보험은 예금자보호법에 따라 보호됩니다.
② 예금자보호법에 따른 보호 한도는 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지” (본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다.
③ 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

Ⅲ. 보험계약의 일반사항

01. 청약을 철회할 수 있는 권리

주계약 약관 제 17 조(청약의 철회)

보험계약자는 **보험증권**을 받은 날부터 **15일 이내**에 보험계약의 **청약**을 **철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드립니다.



주의

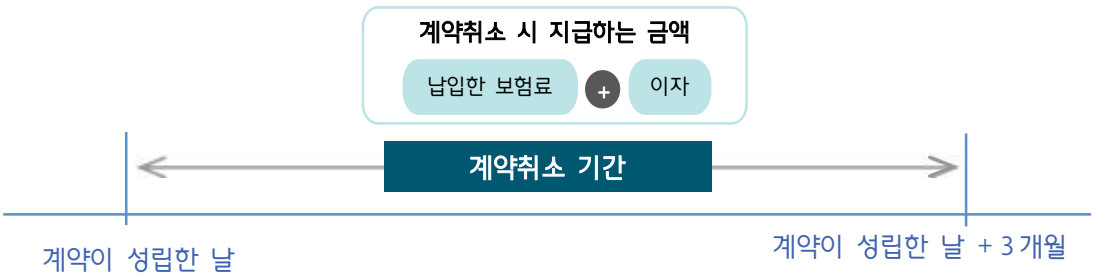
[청약철회가 불가한 경우]
① 청약일부터 30 일을 초과한 경우
② 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

주계약 약관 제 18 조(약관교부 및 설명의무 등)

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

- ☑ 보험계약을 청약할때 보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 전달받지 못한 경우
- ☑ 보험약관의 중요내용을 설명 받지 못한 경우
- ☑ 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우



03. 보험계약의 무효

주계약 약관 제 19 조(계약의 무효)

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

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우
- 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
- 계약일부터 3개월이 지나지 않은 간편심사형의 피보험자를 대상으로 계약자가 일반심사보험에 청약하는 경우, 회사는 해당 피보험자가 일반심사형에 가입가능한지 여부를 심사하고, 일반심사형에 가입이 가능한 경우 이 계약(간편심사형)을 무효로 하며 일반심사형에 가입할 수 있음을 안내

04. 보험계약 前 알릴의무 및 위반시 효과

주계약 약관 제 14 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

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

계약자 또는 피보험자 → 고의 또는 중과실로 사실과 다르게 알린 경우 → **계약 해지 가능** (회사), **보장 제한 가능** (회사)

주의

① 청약서의 질문사항에 대하여 보험설계사에게만 구두로 알렸을 경우 보험계약前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.

② 전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우 보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

민원사례

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

▶ 보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내

법률지식

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

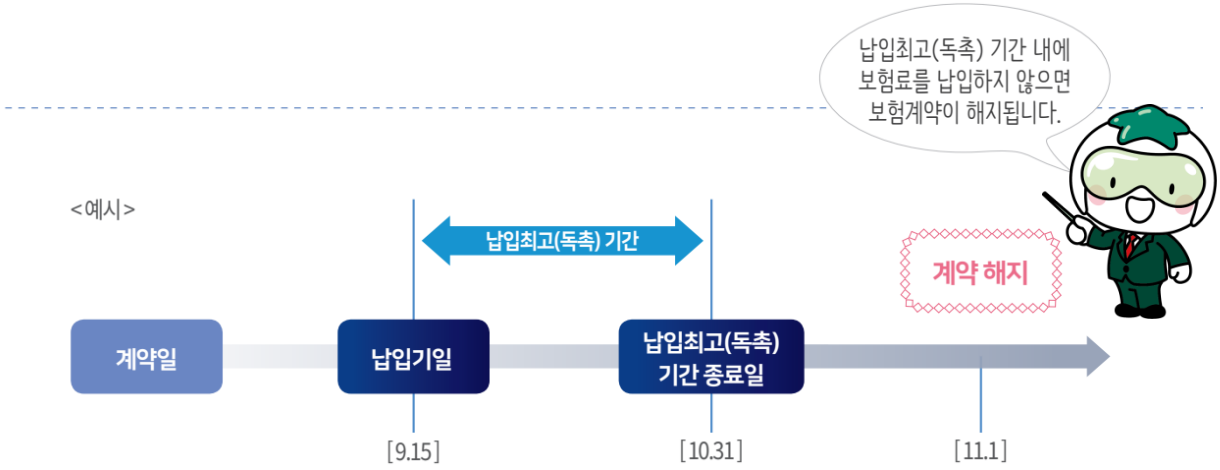
생성형 AI로 제작된 이미지 입니다.

05. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

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

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

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



☑ 납입연체 : 보험료 납입이 연체 중인 경우

참고

[계약의 해제]
계약체결 후 보험료의 전부 또는 제1회 보험료를 납입하지 않는 경우에는 다른 약정이 없는 한 계약성립후 2개월이 경과하면 그 계약은 해제됩니다.

06. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

주계약 약관 제 27 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

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

주의

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

생성형 AI로 제작된 이미지 입니다.

07. 보험계약대출

주계약 약관 제 33 조(보험계약대출)

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

주의

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

<예시>

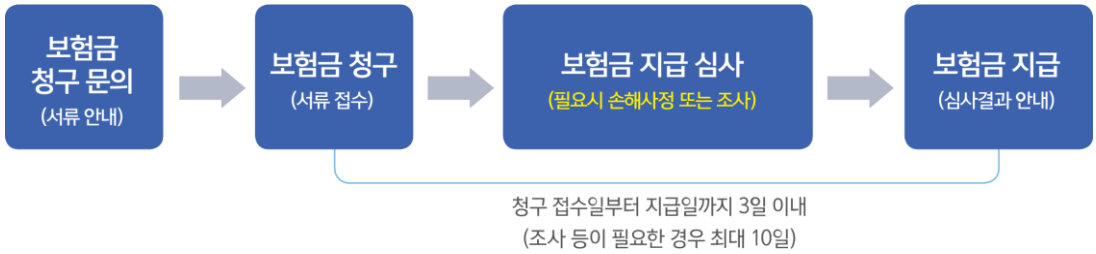
환급금 내역서

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

08. 보험금 청구절차 및 서류

주계약 약관 제 8 조(보험금의 지급절차)

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



보험금 청구서류

구분	진단서	입·퇴원확인서	수술확인서	통원확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원		●				
수술			●			
통원				●		

* 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 진료비세부내역서 등 추가서류가 필요할 수 있습니다.

※ 기타 자세한 문의사항은 고객센터(1577-1112)로 문의하시거나 아래의 QR코드를 누르시면 보다 자세한 보험금 지급절차에 관한 안내를 받으실 수 있습니다.

01. (무)하나로 라이트 3.10.5 간편건강보험 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제1관 목적 및 용어의 정의 II-5

제1조【목적】..... II-5
제2조【용어의 정의】..... II-5

제2관 보험금의 지급 II-7

제3조【보험금의 지급사유】..... II-7
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... II-7
제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】..... II-8
제6조【보험금 지급사유의 발생통지】..... II-8
제7조【보험금의 청구】..... II-8
제8조【보험금의 지급절차】..... II-9
제9조【보험금 받는 방법의 변경】..... II-10
제10조【주소변경통지】..... II-11
제11조【보험수익자의 지정】..... II-11
제12조【대표자의 지정】..... II-12

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 II-12

제13조【계약 전 알릴 의무】..... II-12
제14조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】..... II-13
제15조【사기에 의한 계약】..... II-14

제4관 보험계약의 성립과 유지 II-14
제16조【보험계약의 성립】 II-14
제17조【청약의 철회】 II-16
제18조【약관교부 및 설명의무 등】 II-17
제19조【계약의 무효】 II-18
제20조【계약내용의 변경 등】 II-19
제21조【보험나이 등】 II-20
제22조【계약의 소멸】 II-21
제5관 보험료의 납입 II-21
제23조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】 II-21
제24조【제2회 이후 보험료의 납입】 II-22
제25조【보험료의 자동대출납입】 II-23
제26조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】 II-23
제27조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】 II-24
제28조【'강제집행 등으로 인하여 해지된 계약'의 특별부활(효력회복)】 II-25
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 II-26
제29조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】 II-26
제29조의2【위법계약의 해지】 II-26
제30조【중대사유로 인한 해지】 II-26
제31조【회사의 파산선고와 해지】 II-27
제32조【해약환급금】 II-27
제33조【보험계약대출】 II-28
제34조【배당금의 지급】 II-28

제7관 분쟁의 조정 등 II-29

제35조【분쟁의 조정】..... II-29
제36조【관할법원】..... II-29
제37조【소멸시효】..... II-29
제38조【약관의 해석】..... II-29
제39조【설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력】..... II-30
제40조【회사의 손해배상책임】..... II-30
제41조【개인정보보호】..... II-30
제42조【준거법】..... II-31
제43조【예금보험에 의한 지급보장】..... II-31

별표 1 보험금 지급기준표 II-32
별표 2 재해분류표 II-33
별표 3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 II-34

01. (무)하나로 라이트 3.10.5 간편건강보험 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 상품은 해약환급금 미지급형, 표준형 두가지 유형이 있으며
계약자가 선택하신 유형의 내용이 적용됩니다.

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)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

가. **계약자**: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. **보험수익자**: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. **보험증권**: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. **진단계약**: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.

마. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

【피보험자】
보험계약에서 사망, 장해 또는 생존 등의 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 보험계약자 자신이 피보험자가 될 수도 있고 제3자를 피보험자로 할 수도 있습니다. 다만, 특정한 경우에는 피보험자의 자격이 제한될 수 있습니다.

바. **해약환급금 미지급형 상품**: 계약일로부터 납입기간 중 계약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 계약을 해지하는 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

사. **표준형 상품**: "해약환급금 미지급형 상품"과 보장내용은 동일하나, 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 "해지율"을 적용하지 않고 보험료 및 해약환급금을 산출한 상품입니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】
보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 계산 방법을 기재한 서류입니다.

아. **해지율**: 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것으로 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금 산출시 경과년도에 따라 다르게 적용합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. **재해**: ‘별표2 재해분류표’에서 정한 재해를 말합니다. 다만, 이 계약에서 보장대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

나. **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.

다. **의료기관**: 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

라. **의사**: 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자를 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」[약관 내 인용조문 참조]에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

4. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

- 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원
- 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년차 이자)) × 10% = 11원

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. **평균공시이율**: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

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

5. 계약자적립액 관련 용어

가. **계약자적립액**: 사망보험금의 지급을 위하여 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산된 금액을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제3조【보험금의 지급사유】

회사는 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 보험수익자에게 사망보험금('별표1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주계약은 납입면제가 없습니다. 다만, 이 주계약의 보험료를 납입면제 할 수 있는 특약을 가입한 경우, 보험료 납입기간 중 피보험자가 해당 특약에서 정하는 기준에 따라 납입면제 사유에 해당되는 경우에는 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제3조(보험금의 지급사유) 및 제22조(계약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 「민법」 제27조[약관 내 인용조문 참조]에서 정하는 기간 이상으로 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

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

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) 또는 제22조(계약의 소멸) '사망'의 원인 및 제3조(보험금의 지급사유) '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】
호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률
【연명의료】
임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 시행령」으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말합니다.
【연명의료 중단 등 결정】
임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말합니다.

④ 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)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】
어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 합니다.

제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】
자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 사망보험금을 지급합니다.

【심신상실】
의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조【보험금 지급사유의 발생통지】

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

【설명】
“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

제7조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 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, 보험금의 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2024년 10월 8일(화)인 경우 10/9(수, 한글날), 10/12(토), 10/13(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(화)부터 3영업일인 10/14(월) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

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

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정신청은 제35조(분쟁의 조정)에 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회를 말합니다.

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) 제4항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기

로 한 경우

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

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

"정당한 사유"라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

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

제9조【보험금 받는 방법의 변경】

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

【사업방법서】

회사의 기초서류 중 하나로서, 보험사업 경영에 있어서 필요한 계약의 체결, 유지, 관리에 필요한 사항 등의 구체적인 취급방법을 기재하는 서류를 말합니다.

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

【보험금을 일시에 지급하는 경우 예시】

3년간 매년 1,210만원씩 나누어 지급하는 보험금을 일시에 지급하는 경우

지급사유 발생일자: 2024년 6월 1일, 일시지급일자: 2024년 6월 1일

평균공시이율: 10%*

지급예정일자**	연단위 복리로 할인한 금액
2024년 6월 1일	**1,210만원** (①)
2025년 6월 1일	1,210만원 ÷ (1+10%) = **1,100만원** (②)
2026년 6월 1일	1,210만원 ÷ $(1+10\%)^2$ = **1,000만원** (③)
일시지급금액 (2024년 6월 1일)	**3,310만원** (=①+②+③)

* 평균공시이율 10%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 이 계약의 평균공시이율에 따라서 계산됩니다.

** 지급예정일자는 보험금을 나누어 지급하는 경우의 보험금 지급일자이며, 보험금 일시지급을 선택하는 경우 각 지급예정일자의 보험금을 일시지급일자(2024년 6월 1일)까지 연단위 복리로 할인

한 금액의 총합이 일시지급금액입니다.

【보험금을 나누어 지급하는 경우 예시】

보험금 9,000만원을 3년간 매년 동일한 금액(3,000만원)으로 나누어 지급하는 경우

지급사유 발생일자: 2024년 6월 1일

평균공시이율: 10%*

지급일자	지급금액
2024년 6월 1일	**3,000만원** (①)
2025년 6월 1일	3,000만원 x (1+10%) = **3,300만원** (②)
2026년 6월 1일	3,000만원 X $(1+10\%)^2$ = **3,630만원** (③)
총 지급금액	9,930만원 (=①+②+③)

* 평균공시이율 10%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 이 계약의 평균공시이율에 따라서 계산됩니다.

제10조【주소변경통지】

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

② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

【도달】

사회통념상 상대방이 통지의 내용을 알 수 있는 객관적 상태에 놓여있는 경우를 말합니다.

제11조【보험수익자의 지정】

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

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 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 연대하여 책임을 집니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 함께 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

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」상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)[약관 내 인용조문 참조]에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 "중요한 사항"에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【중요한 사항】

"중요한 사항"이라 함은 직업, 현재 및 과거 병력, 장애상태, 고위험 취미(예: 암벽등반, 패러글라이딩), 타사 보험계약 가입여부 등 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약 체결 및 보험금지급에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

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.

【중대한 과실】

현저한 부주의로 중요한 사항의 존재를 몰랐거나 중요성 판단을 잘못하여 그 사실이 고지하여야 할 중요한 사항임을 알지 못한 것을 의미합니다.

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

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

【사례】

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

② 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.

【반대증거】
상대방이 주장하는 내용이 사실이 아님을 보여주기 위해 제출하는 자료를 말합니다.
【「전자서명법」 제2조(정의) 제2호】
2. “전자서명”이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다. **<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>**

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(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 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 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

【인간면역결핍바이러스(HIV)】
HIV는 후천성면역결핍증의 원인 병원체로 'Human Immunodeficiency Virus'의 약자입니다.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조【보험계약의 성립】

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

【청약】
계약자가 회사에 대하여 일정한 보험계약을 체결할 것을 목적으로 하는 의사표시로서 이를 회사가 승낙하면 계약이 성립합니다.

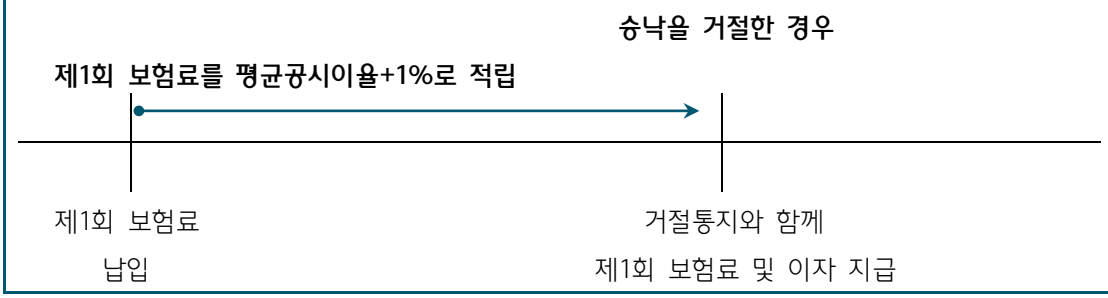
② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법
【일부보장 제외(부담보)】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법
【보험금 삭감】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법
【보험료 할증】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

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

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

【설명】



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

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

⑦ 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경

우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조【청약의 철회】

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며「금융소비자 보호에 관한 법률」제2조(정의) 제9호[약관 내 인용조문 참조]에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】

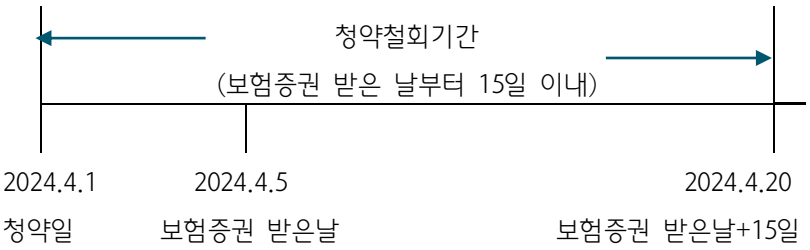
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【청약철회 가능기간 예시】

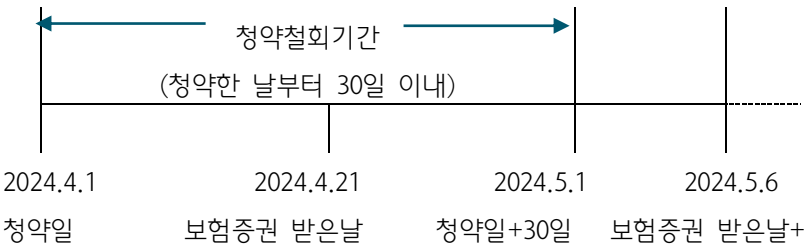
[예시1]

보험증권을 받은 날부터 15일 이내까지 청약을 철회할 수 있습니다.



[예시2]

[예시1]에도 불구하고, 청약일부터 30일을 초과한 경우 청약을 철회할 수 없습니다.



③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

【청약철회】

계약자가 보험계약을 청약한 이후 단순히 마음이 변하거나 보험상품에 대한 불만족으로 인하여 체결한 보험계약을 취소하는 것을 말합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

【설명】
계약자가 청약의 철회를 2024년 10월 8일(화)에 접수한 경우 10/9(수, 한글날), 10/12(토), 10/13(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 회사는 10/8(화)부터 3영업일인 10/14(월) 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.
【보험계약대출이율의 공시】
보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '상품공시실' 내 '적용이율공시'에서 공시합니다.

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

⑥ 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

【서면교부】
계약내용 등이 기재된 서류를 문서로 교부하는 행위
【약관의 중요한 내용】
「금융소비자보호에 관한 법률」 제19조(설명의무), 「보험업법 시행령」 제42조의 2(설명의무의 중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의 2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다. [약관 내 인용조문 참조] · 청약의 철회에 관한 사항 · 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건 · 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과 · 계약의 취소 및 무효에 관한 사항 · 해약환급금에 관한 사항 · 분쟁조정절차에 관한 사항

· 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

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.

【통신판매계약】

전화.우편.인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말 합니다.

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.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

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

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

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제19조【계약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2[약관 내 인용조문 참조]에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

【심신상실자 및 심신박약자】
심신상실자 또는 심신박약자라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 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.

【설명】
'계약에서 정한 피보험자의 나이'라 함은 계약체결당시 사업방법서에서 정한 가입가능한 나이를 말합니다.
【예시】
사업방법서에서 정한 가입가능한 나이가 20세 ~ 70세인 상품의 경우 계약체결시 피보험자의 나이가 19세인 경우 ⇒ 무효 계약체결시 피보험자의 나이가 71세인 경우 ⇒ 무효
【설명】
'제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다'의 의미는 만 15세 미만자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약을 체결한 경우, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 피보험자의 나이가 이미 만 15세 이상이 된 경우라 하더라도 계약을 무효로 한다는 의미입니다.

② 제1항에도 불구하고 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

③ 간편심사형의 승낙일부터 3개월이 지나지 않은 간편심사형의 피보험자를 대상으로 계약자가 일반심사 보험에 청약하는 경우, 회사는 해당 피보험자가 일반심사형에 가입 가능한지 여부를 심사합니다. 이 때 일반심사형에 가입이 가능한 경우에는 기존 간편심사형 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려주고 일반심사형에 가입할 수 있음을 안내합니다. 다만, 간편심사형 계약의 보험금이 이미 지급되거나 약관에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.

제20조【계약내용의 변경 등】

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

1. 보험료의 납입기간(표준형 상품만 해당)
2. 보험가입금액
3. 계약자

4. 기타 계약의 내용

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

【설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 알리지 않았다면 회사는 변경된 보험수익자에게 보험금을 지급하지 않을 수 있으니, 보험수익자를 변경할 때에는 회사에 알려주시기 바랍니다. 회사가 변경전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 제1호 내지 제2호에 따라 계약내용이 변경될 때 이 계약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 정산금액을 추가납입하도록 하거나 계약자에게 지급합니다. 또한 계약내용의 변경 이후 변경된 기준으로 계약내용이 적용되며, 잔여 납입기간 동안에는 변경된 기준에 해당하는 보험료를 납입하셔야 합니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2[약관 내 인용조문 참조]에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항 제4호에 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) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 해당년도에 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【보험나이 계산 예시】

예시1) 생년월일: 1994년 10월 2일, 현재(계약일): 2024년 4월 13일

⇒ 2024년 4월 13일 - 1994년 10월 2일 = 29년 6개월 11일

⇒ 끝수가 6개월 이상이므로 1년으로 계산하여 보험나이 30세

예시2) 생년월일: 1994년 10월 2일, 현재(계약일): 2024년 2월 13일
⇒ 2024년 2월 13일 - 1994년 10월 2일 = 29년 4개월 11일
⇒ 끝수가 6개월 미만이므로 버리고 보험나이 29세

【해당년도에 계약해당일이 없는 경우 예시】

최초계약일이 2024년 2월 29일인 경우, 2025년의 계약해당일은 2025년 2월 28일로 함
⇒ 2025년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 계약해당일로 함

③ 청약서 등에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증을 기준으로 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

④ 제3항에 따라 피보험자의 나이 또는 성별이 변경된 경우, 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 해약환급금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제22조【계약의 소멸】

보험기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 소멸되고 그때부터 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.

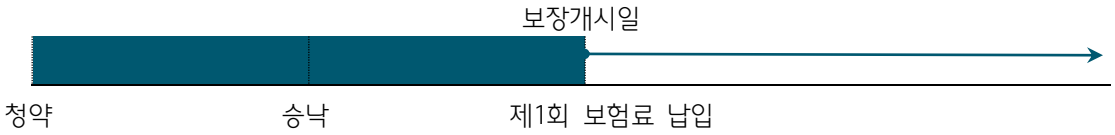
② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【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.

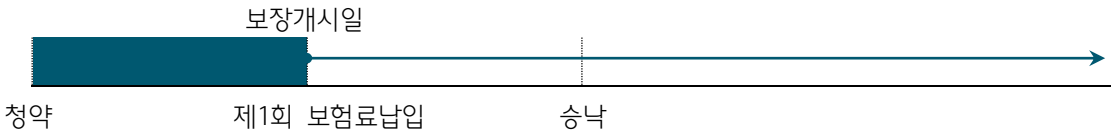
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우



• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



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 진단계약의 경우 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

【설명】

"제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용"한다는 뜻은 "제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 표준으로 삼아 적용"한다는 뜻입니다.

3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장합니다.

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 않고, 초과 청약액에 대한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대한 이자는 제16조(보험계약의 성립) 제5항을 준용합니다.

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 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 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.

【자동대출납입】
보험료를 제 때에 내기 곤란한 경우, 가입한 보험상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료 상당액을 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.
【자동대출납입 신청방법】
보험료의 자동대출납입은 계약에 따라 제한될 수 있습니다. 보험료의 자동대출납입은 본점 또는 지점을 내방하여 직접 신청하시거나 고객센터(1577-1112)를 통해 신청할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약대출의 원금과 이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

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

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 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) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 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 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

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

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

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

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

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

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

제27조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 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 연체된 보험료에 이 계약의 사업방법서에서 별도로 정한 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) 제2항과 제3항 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용하며, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복) 시의 보험료를 의미합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약한 때(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 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

【설명】

계약의 부활(효력회복)을 신청하는 경우 가입경로에 따라 방법이 상이하며 부활시점이나 상품에 따라 부활 절차가 달라질 수 있습니다. 부활절차에 관한 사항은 회사의 홈페이지(www. hanalife.co.kr) '고객상담' 내 '자주하는문의' 혹은 콜센터(1577-1112)를 통해 확인할 수 있습니다.

제28조【'강제집행 등으로 인하여 해지된 계약'의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

【강제집행】

국가의 집행기관이 채권자를 위하여 사법상의 청구권을 국가권력을 가지고 강제적으로 실현하는 법적 절차

【담보권실행】

채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 담보권자가 채무를 변제 받는 절차

【국세 및 지방세 체납처분절차】

납세자가 국세 및 지방세를 납부 기한까지 납부하지 않는 경우에 「국세징수법」 또는 「지방세징수법」에 따라 행하는 압류 및 공매 처분 등 절차

② 제1항의 통지에 따라 계약의 특별부활(효력회복)을 청약하는 경우 보험수익자는 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하여야 합니다. 지급이 완료되면 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자의 명의는 보험수익자로 변경됩니다.

③ 회사는 제1항 내지 제2항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약이 있을 경우 이를 승낙합니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

⑤ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑥ 보험수익자는 통지를 받은 날(제4항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항 내지 제2항의 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) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

【설명】

"장래를 향하여"라 함은 그 효과가 미래에만 영향을 미친다는 의미이며, 서면동의를 철회한 시점까지는 계약의 효력이 유지됩니다.

제29조의2【위법계약의 해지】

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조[약관 내 인용조문 참조] 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 위반사실을 증명하는 서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

【위법계약의 해지 신청시 증빙서류】

위법계약의 해지를 신청할 때 계약해지요구서와 함께 제출하는 서류로서 계약체결에 대한 회사의 법위반사항을 증명할 수 있는 별도의 자료를 말합니다.

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

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

【제3항의 '정당한 사유'의 범위】

「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제38조(위법계약의 해지) 제4항[약관 내 인용조문 참조]에 따른 정당한 사유 범위에 해당하는 경우를 말합니다.

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.

【제척기간】

어떤 종류의 권리에 대하여 법률상으로 정하여진 존속기간을 말하며, 존속기간 안에 권리를 행사하지 않으면 권리가 소멸됩니다.

제30조【중대사유로 인한 해지】

① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습

니다.

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

【예시】

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 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.

【파산선고】

파산신청에 의해 법원이 채무자의 파산원인을 인정하고 파산결정을 내리는 행위

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

제32조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음(0)
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 가입금액 등) 및 납입여부에

따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 계약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 후 계약을 해지하는 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. 이 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후에 계약이 해지되는 경우에는 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제29조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제33조【보험계약대출】

① 계약자는 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.

【순수보장성보험】

생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말합니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출의 원금과 이자를 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 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

【무배당보험】

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

【계약자배당금】

계약자가 납입한 보험료로 보험회사가 합리적인 경영을 하여 발생한 이익금을 금융감독원장이 인가하는 방식에 따라 보험계약자에게 환원하는 금액을 말합니다. 그 종류에는 이자율차배당, 위험률차배당, 사업비차배당, 장기유지특별배당이 있으며, 계약자배당은 유배당상품에 한하여 실시합니다.

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 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제28조(자료의 기록 및 유지·관리 등) 제3항[약관 내 인용조문 참조]에서 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[약관 내 인용조문 참조]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 해약환급금청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【설명】

제3조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 2024년 1월 1일에 발생한 경우, 2024년 1월 1일부터 2026년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제38조【약관의 해석】

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

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항[약관 내 인용조문 참조])

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

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 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

【기명날인】

성명을 기재하고 인장(도장)을 날인하는 행위

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

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

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.

【책임 있는 사유】

법률적인 불이익을 부과하기 위하여 필요한 주관적 요건으로서 고의 또는 과실이 있는 것을 말합니다.

② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

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

【현저하게 공정을 잃은 합의】

회사가 보험수익자의 경제적· 신체적· 정신적인 어려움, 경솔함, 경험부족 등을 이용하여 동일· 유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의 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 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

【「개인정보보호법」】

공공부문과 민간부문을 망라하여 국제수준에 부합하는 개인정보 처리원칙등을 규정하고, 개인정보 침해로 인한 피해 구제를 강화하여 사생활의 비밀을 보호하며, 개인정보에 대한 권리와 이익을 보장하고 나아가 개인의 존엄과 가치를 구현하기 위하여 제정된 법률

【「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」】

신용정보 관련 사업을 건전하게 육성하고 신용정보의 효율적 이용과 체계적 관리를 기하는 한편, 신용정보의 오용·남용으로부터 사생활의 비밀등을 적절히 보호함으로써 건전한 신용질서를 확립하고 국민경제 발전에 이바지하기 위하여 제정된 법률

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.

【「금융소비자 보호에 관한 법률」】

금융소비자의 권익 증진과 금융상품판매업 및 금융상품자문업의 건전한 시장질서 구축을 위하여 금융상품판매업자 및 금융상품자문업자의 영업에 관한 준수사항과 금융소비자 권익 보호를 위한 금융소비자정책 및 금융분쟁조정절차 등에 관한 사항을 규정함으로써 금융소비자 보호의 실효성을 높이고 국민경제 발전에 이바지함을 목적으로 하는 법률

제43조【예금보험에 의한 지급보장】

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다. 단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 경우에는 지급을 보장하지 않습니다.

【「예금자보호법」】

금융기관이 파산 등의 사유로 예금을 지급할 수 없는 상황에 대처하기 위하여 예금보험제도 등을 효율적으로 운영함으로써 예금자를 보호하고 금융제도의 안정성을 유지하는 데 이바지함을 목적으로 하는 법률

별표1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
사망보험금 (제3조)	피보험자가 보험기간 중 사망하였을 때	보험가입금액의 100%

(주)

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

별표2 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 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 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- 법적 개입 중 법적 처형(Y35.5)

③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 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), 호흡과 관련된 기타 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 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제8조 제2항 및 제32조 제4항 관련)

구분	기간	지급이자
사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)
해약환급금 (제32조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 제37조(소멸시효)에 따라 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 제8조(보험금의 지급절차) 제3항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 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 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

01. 특약(간편심사형) 일반사항 목차

제 1 편 일반사항 Ⅲ-3

제 1 관 목적 및 용어의 정의 Ⅲ-3

제 1-1 조【목적】..... Ⅲ-3

제 1-2 조【용어의 정의】..... Ⅲ-3

제 2 관 보험금 등의 지급 Ⅲ-5

제 1-3 조【보험금 및 보험료 납입면제 관련 제 3 자 의견 청취】..... Ⅲ-5

제 1-4 조【보험금 등을 지급하지 않는 사유】..... Ⅲ-5

제 1-5 조【보험금 등의 청구】..... Ⅲ-6

제 1-6 조【보험금 등의 지급절차】..... Ⅲ-6

제 1-7 조【보험금 받는 방법의 변경】..... Ⅲ-7

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴의무 등 Ⅲ-8

제 1-8 조【계약 전 알릴 의무】..... Ⅲ-8

제 1-9 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】..... Ⅲ-9

제 4 관 특약의 성립과 유지 Ⅲ-10

제 1-10 조【특약의 체결】..... Ⅲ-10

제 1-11 조【특약의 무효】..... Ⅲ-11

제 1-12 조【특약의 소멸】..... Ⅲ-12

제 5 관 보험료의 납입 Ⅲ-13

제 1-13 조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】..... Ⅲ-13

제 1-14 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】..... Ⅲ-13

제 1-15 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】..... Ⅲ-14

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅲ-15

제 1-16 조【위법계약의 해지】..... Ⅲ-15

제 1-17 조【보험계약대출】..... Ⅲ-16

별표 1-1 재해분류표 Ⅲ-17

별표 1-2 장해분류표 Ⅲ-18

01. 특약(간편심사형) 일반사항 약관

제1편 일반사항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1-1조【목적】

① 이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 계약자가 선택하여 가입한 특약의 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

② 특약 약관은 "제1편 일반사항"과 "제2편 개별사항"으로 구성됩니다.

③ "제2편 개별사항"의 내용과 "제1편 일반사항" 에서 정한 내용이 다른 경우에는 "제2편 개별사항"의 내용을 "제1편 일반사항"에 우선하여 적용합니다.

제1-2조【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.

> **【피보험자】**
>
> 보험계약에서 사망, 장해 또는 생존 등의 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 보험계약자 자신이 피보험자가 될 수도 있고 제3자를 피보험자로 할 수도 있습니다. 다만, 특정한 경우에는 피보험자의 자격이 제한될 수 있습니다.

마. **해약환급금 미지급형 상품**: 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지하는 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품"보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

바. **표준형 상품**: "해약환급금 미지급형 상품"과 보장내용은 동일하나, 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정한 방법에 따라 "해지율"을 적용하지 않고 보험료 및 해약환급금을 산출한 상품입니다.

> **【보험료 및 해약환급금 산출방법서】**
>
> 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 계

산 방법을 기재한 서류입니다.

사. **해지율**: 계약자가 보험기간 중 특약을 해지할 확률을 예측한 것으로 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금 산출시 경과년도에 따라 다르게 적용합니다.

아. **주계약**: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. **재해**: ‘별표1-1 재해분류표’에서 정한 재해를 말합니다. 다만, 이 특약에서 보장대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

나. **장해**: ‘별표1-2 장해분류표’에서 정한 장해를 말합니다.

다. **의료기관**: 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

라. **의사**: 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

·1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원

·2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년차 이자)) × 10% = 11원

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. **평균공시이율**: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 갱신시점의 평균공시이율 말하며 관련 법규 등의 변경으로 갱신시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. **해약환급금**: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간**: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. **영업일**: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」[약관 내 인용조문 참조]에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

5. 갱신형 특약의 갱신관련 용어

가. **최초계약**: 갱신형 특약이 주계약을 체결할 때 제1-10조(특약의 체결)에 따라 최초로 체결되는 경우 그 계약을 말합니다.

나. **갱신계약**: 특약의 보험기간이 끝난 후 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우 갱신되는 계약을 말합니다.

다. **갱신일**: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 '갱신전 계약'이라 합니다)의 보험기간이 끝나는 날의 다음 날을 말합니다.

【갱신형 특약】
일정주기로 위험률의 변경, 보험나이의 증가 등이 반영되어 계약이 갱신되는 특약을 말하며, 특약명칭에 "갱신형"이라고 명기되어 있습니다.

제2관 보험금 등의 지급

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제1-3조【보험금 및 보험료 납입면제 관련 제3자 의견 청취】

① 보험수익자와 회사가 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】
어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 합니다.

② 계약자와 회사가 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제1-4조【보험금 등을 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

【고의】
자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

【심신상실】
의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제1-5조【보험금 등의 청구】

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(회사가 보험사고별로 요청하는 서류로 제2-6조(사고증명서)에서 정합니다)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제1-6조【보험금 등의 지급절차】

① 회사는 제1-5조(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 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2024년 10월 8일(화)인 경우 10/9(수, 한글날), 10/12(토), 10/13(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(화)부터 3영업일인 10/14(월) 이내에 보험금을 지급합니다(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함).

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제1-5조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시급부금임

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약의 '분쟁의 조정'조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금

융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회를 말합니다.

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. 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 관련 제3자 의견 청취)에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제2항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】
“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

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

제1-7조【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

【사업방법서】
회사의 기초서류 중 하나로서, 보험사업 경영에 있어서 필요한 계약의 체결, 유지, 관리에 필요한 사항 등의 구체적인 취급방법을 기재하는 서류를 말합니다.

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

【보험금을 일시에 지급하는 경우 예시】

3년간 매년 1,210만원씩 나누어 지급하는 보험금을 일시에 지급하는 경우

지급사유 발생일자: 2024년 6월 1일, 일시지급일자: 2024년 6월 1일

평균공시이율: 10%*

지급예정일자**	연단위 복리로 할인한 금액

2024년 6월 1일	**1,210만원** (①)
2025년 6월 1일	1,210만원 ÷ (1+10%) = **1,100만원** (②)
2026년 6월 1일	1,210만원 ÷ $(1+10\%)^2$ = **1,000만원** (③)
일시지급금액(2024년 6월 1일)	**3,310만원** (=①+②+③)

* 평균공시이율 10%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 이 특약의 평균공시이율에 따라서 계산됩니다.

** 지급예정일자는 보험금을 나누어 지급하는 경우의 보험금 지급일자이며, 보험금 일시지급을 선택하는 경우 각 지급예정일자의 보험금을 일시지급일자(2024년 6월 1일)까지 연단위 복리로 할인한 금액의 총합이 일시지급금액입니다.

【보험금을 나누어 지급하는 경우 예시】

보험금 9,000만원을 3년간 매년 동일한 금액(3,000만원)으로 나누어 지급하는 경우

지급사유 발생일자: 2024년 6월 1일

평균공시이율: 10%*

지급일자	지급금액
2024년 6월 1일	**3,000만원** (①)
2025년 6월 1일	3,000만원 x (1+10%) = **3,300만원** (②)
2026년 6월 1일	3,000만원 X $(1+10\%)^2$ = **3,630만원** (③)
총 지급금액	9,930만원 (=①+②+③)

* 평균공시이율 10%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 이 특약의 평균공시이율에 따라서 계산됩니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제1-8조【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」상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)[약관 내 인용조문 참조]에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 "중요한 사항"에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【중요한 사항】

"중요한 사항"이라 함은 직업, 현재 및 과거 병력, 장애상태, 고위험 취미(예: 암벽등반, 패러글라이딩),

타사 보험계약 가입여부 등 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약 체결 및 보험금지급에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

제1-9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제1-8조(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.

【중대한 과실】

현저한 부주의로 중요한 사항의 존재를 몰랐거나 중요성 판단을 잘못하여 그 사실이 고지하여야 할 중요한 사항임을 알지 못한 것을 의미합니다.

1. 회사가 특약 체결 당시(갱신형 특약의 경우 최초계약 체결 당시)에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약을 체결한 날(갱신형 특약의 경우 최초계약을 체결한 날)부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 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】

특약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 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 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.

【반대증거】

상대방이 주장하는 내용이 사실이 아님을 보여주기 위해 제출하는 자료를 말합니다.

【「전자서명법」 제2조(정의) 제2호】

2. “전자서명”이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제1-8조(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 이로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 갱신형 특약의 경우 제1-15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복) 계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다)

【부활(효력회복)】

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

제4관 특약의 성립과 유지

제1-10조【특약의 체결】

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

【청약】

계약자가 회사에 대하여 일정한 보험계약을 체결할 것을 목적으로 하는 의사표시로서 이를 회사가 승낙하면 계약이 성립합니다.

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

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

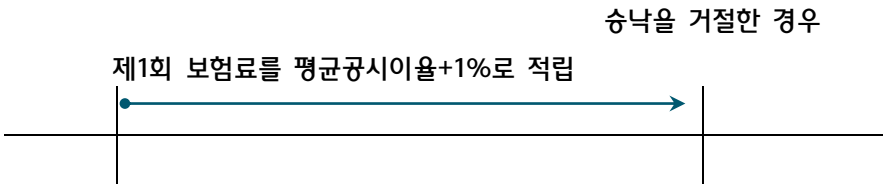
【보험료 할증】

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

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

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

【설명】



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

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제1-14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제1-15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제1-11조【특약의 무효】

① 이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다.

【설명】

'특약에서 정한 피보험자 나이'라 함은 특약체결당시 사업방법서에서 정한 가입가능한 나이를 말합니

다.

【예시】

사업방법서에서 정한 가입가능한 나이가 20세 ~ 70세인 상품의 경우

특약체결시 피보험자의 나이가 19세인 경우 ⇒ 무효
특약체결시 피보험자의 나이가 71세인 경우 ⇒ 무효

② 제1항에도 불구하고 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '상품공시실' 내 '적용이율공시'에서 공시합니다.

③ 간편심사형의 계약일부터 3개월이 지나지 않은 간편심사형의 피보험자를 대상으로 계약자가 일반심사보험에 청약하는 경우, 회사는 해당 피보험자가 일반심사형에 가입 가능한지 여부를 심사합니다. 이 때 일반심사형에 가입이 가능한 경우에는 기존 간편심사형 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려주고 일반심사형에 가입할 수 있음을 안내합니다. 다만, 간편심사형 계약의 보험금이 이미 지급되거나 약관에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.

제1-12조【특약의 소멸】

① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 소멸되고 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우

② 제1항 제1호에도 불구하고, 주계약 약관에서 정하는 보험금 지급사유 발생으로 주계약의 효력이 소멸된 경우에는 이 특약의 효력은 그대로 유지됩니다. 다만, 제1항 제2호의 원인으로 주계약의 효력이 소멸된 경우에는 이 특약은 함께 효력이 소멸됩니다.

③ 제1항 제2호에 따라 특약이 소멸하는 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

④ 제1항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 「민법」 제27조[약관 내 인용조문 참조]에서 정하는 기간 이상으로 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】
호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률
【연명의료】
임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 시행령」으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말합니다.
【연명의료 중단 등 결정】
임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말합니다.

제5관 보험료의 납입

제1-13조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 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 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료되는 등 주계약의 보험료를 납입하지 않는 경우라도 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되지 않거나 보험료 납입이 면제되지 않을 경우 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제1-14조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 유효한 특약으로 봅니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

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

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

④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

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

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 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

⑥ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑦ 갱신형 특약의 경우 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

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

제1-15조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

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

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 종료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한함)로서 제1-14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지) 제1항에 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 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 단, 제2-7조(특약의 보장개시)에서 부활(효력회복)하는 경우 보장개시일을 달리 정한 경우에는 해당 조항을 따릅니다.

⑤ 제1항내지 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약 및 이전의 모든 부활(효력회복)을 청약할 때 제1-8조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제1-9조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【설명】
계약의 부활(효력회복)을 신청하는 경우 가입경로에 따라 방법이 상이하며 부활시점이나 상품에 따라 부활 절차가 달라질 수 있습니다. 부활절차에 관한 사항은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '고객상담' 내 '자주하는 문의' 혹은 콜센터(1577-1112)를 통해 확인할 수 있습니다.

【설명】
"제2-7조(특약의 보장개시)를 준용"한다는 뜻은 "제2-7조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용"한다는 뜻입니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제1-16조【위법계약의 해지】

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조[약관 내 인용조문 참조] 및 관련규정이 정하는 바에 따라 특약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 특약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

【위법계약의 해지 신청시 증빙서류】
위법계약의 해지를 신청할 때 계약해지요구서와 함께 제출하는 서류로서 계약체결에 대한 회사의 법위반사항을 증명할 수 있는 별도의 자료를 말합니다.

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

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.

【제3항의 '정당한 사유'의 범위】

「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제38조(위법계약의 해지) 제4항[약관 내 인용조문 참조]에 따른 정당한 사유 범위에 해당하는 경우를 말합니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제5항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

【제척기간】

어떤 종류의 권리에 대하여 법률상으로 정하여진 존속기간

제1-17조【보험계약대출】

① 계약자는 특약의 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.

【순수보장성보험】

생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말합니다.

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

③ 회사는 제1-14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

별표1-1 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 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 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- 법적 개입 중 법적 처형 (Y35.5)

③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 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), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)' 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표1-2 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 장해지급률로 한다.
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(어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈) 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 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 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 그중 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 조절기능장해를 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 시력 검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.

2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.

3) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구(눈동자)의 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.

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

나) 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 안구(눈동자)의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구(눈동자)가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 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

장해의 분류	지급률
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 장해 상태를 재평가하여야 한다.
2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 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 장해

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	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0

항목	내용	점수
기능장해소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	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.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 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 개구(입벌리기)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) ‘씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 심한 개구(입벌리기)운동 제한이나 저작(씹기)운동 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 때를 말한다.

가) 뚜렷한 개구(입벌리기)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우

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

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

라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 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 때를 말한다.

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

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

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

라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구(입벌리기)장해는 턱관절의 이상으로 개구(입벌리기)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입벌리기)상태에서 위· 아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 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 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우

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

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

가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

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

가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우

나) 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 후유장해로 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(반흔(흉터)성형술, 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 성형수술(반흔(흉터)성형술, 레이저치료 등 포함)을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

4) 다발성 반흔(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔(흉터)은 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

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 5cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 2cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

가) 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 정상 만곡을 고려하여 평가한다.

나) 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 척추(등뼈)와 가장 인접한 상. 하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의

감소비를 압박률로 정한다.

다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 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.

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

나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

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

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 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

라) 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.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 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.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 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 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골(어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈)의 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) '골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합상태

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

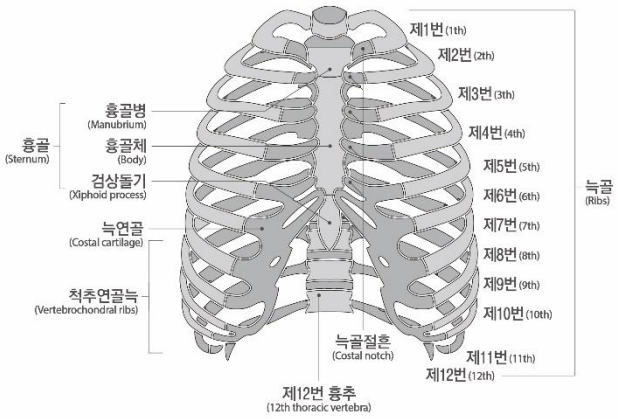
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

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

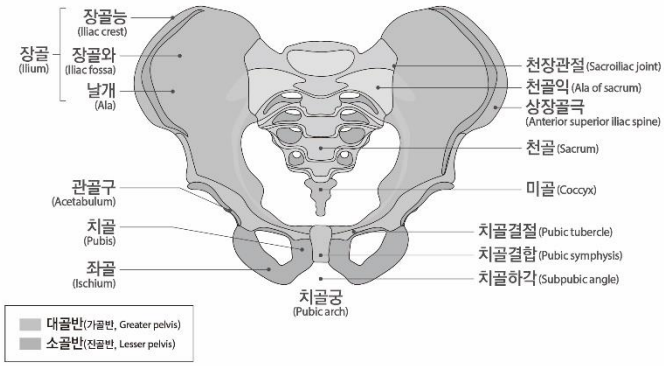
4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급

한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.

[가슴뼈(흉골)]



[골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)]



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

장해의 분류	지급률
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. 단, 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 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 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.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0 등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 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.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근

력이 2등급(poor)인 경우

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

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 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 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 후유장해지급률은 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 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30

장해의 분류	지급률
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 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. 단, 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 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 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 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0 등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1 등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

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

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

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

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 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 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. 단, 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 단축 없이 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 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 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 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. 단, 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) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 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 단축 없이 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 1/2 이하로 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 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) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

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

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

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

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

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

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

때를 말한다.

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

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

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

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

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때

나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태

다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

다) 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) 흉복부, 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 흉복부 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 남긴때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75

장해의 분류	지급률
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

가) '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.

나) 위 가)의 경우 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 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 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 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.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과

의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준'[주] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※주) 능력장해측정기준의 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

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

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

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 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.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상후 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

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

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) '뇌전증'이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증

을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) '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.

라) '뚜렷한 뇌전증 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) '약간의 뇌전증 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) '중증발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) '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 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 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 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 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 대소변후 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%)

* ADLs : 'Activities of Daily Living scale'의 약자로 일상생활에서 필요한 기본동작들을 얼마나 잘 수행할 수 있는지 평가하는 기준

01. (무)3대주요암 진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-3

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-3

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-3

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-3

제 2-1 조의 3【‘3 대주요암’ 및 ‘암’ 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-3

제 2-1 조의 4【‘중증 갑상선암’ 및 ‘중증 이외 갑상선암’의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-5

제 2-1 조의 5【‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-5

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-6

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-6

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-6

제 2-4 조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】..... Ⅳ-7

제 2-5 조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】..... Ⅳ-7

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-8

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-8

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-8

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-9

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-9

제 2-10 조 【특약의 갱신】..... Ⅳ-10

제 2-11 조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】..... Ⅳ-10

제 2-12 조【“특약의 무효”에 대한 특칙】..... Ⅳ-10

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-10

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-10
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-10
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-10

제 5 관 기타사항 Ⅳ-11
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-11

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-12
별표 2-2 3 대암(위,간,폐) 악성신생물(암) 분류표 Ⅳ-13
별표 2-3 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) ... Ⅳ-14
별표 2-4 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표 Ⅳ-16
별표 2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-17

01. (무)3대주요암 진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'3대주요암' 및 '암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '3대주요암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 3대암(위,간,폐) 악성신생물(암) 분류표('별표2-2 3대암(위,간,폐) 악성신생물(암) 분류표' 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)('별표2-3 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정) 제2항에서 정한 중증 이외 갑상선암
3. 제2-1조의5('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

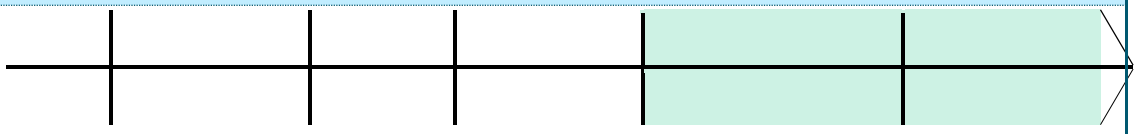
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후 이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

③ 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 '유방암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 '남녀생식기암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표('별표2-4 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표' 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ '3대주요암', '암', '기타피부암', '유방암' 및 '남녀생식기암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '3대주요암', '암', '기타피부암', '유방암' 및 '남녀생식기암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 다만, '중증 갑상선암'의 진단확정은 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정) 제3항을 따릅니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '3대주요암', '암', '기타피부암', '유방암' 및 '남녀생식기암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑧ 이 특약에 있어서 '납입면제가 되는 일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)중에서 '유방암', '남녀생식기암'을 제외한 암을 말합니다.

제2-1조의4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증 갑상선암'은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, '갑상선암'이라 합니다) 중 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 갑상선암에 해당하지 않습니다.

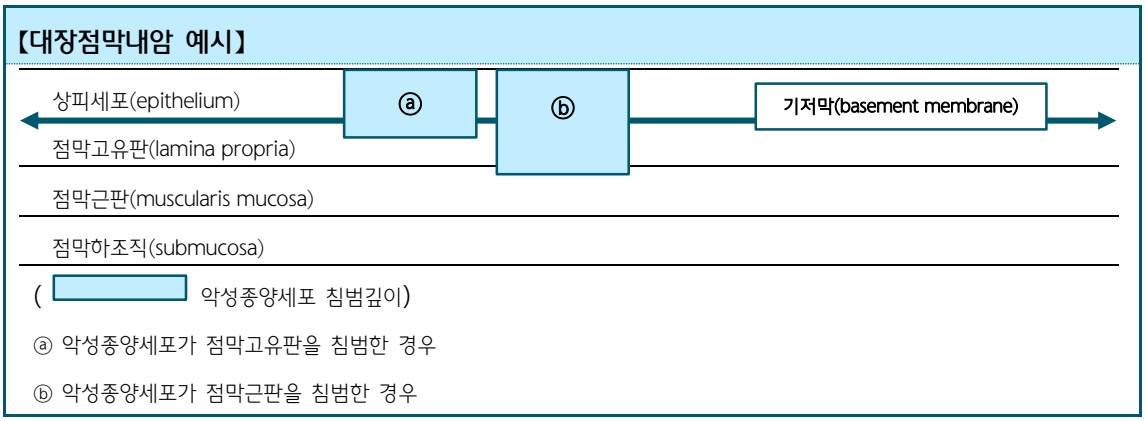
② 이 특약에 있어서 '중증 이외 갑상선암'이라 함은 갑상선암에 해당하는 질병 중 '중증 갑상선암'을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '3대주요암'으로 진단 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 '3대주요암진단자금'('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 최초 1회에 한하며 계약일로부터 1년 미만 진단시 진단자금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '납입면제가 되는 일반암'으로 진단 확정된 경우에는 다음 회 이후 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 계약자는 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 '납입면제가 되는 일반암'으로 진단 확정된 경우에는 그 진단일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다.

④ 제3항에도 불구하고 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 '납입면제가 되는 암'이 발생 하였으나 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 '납입면제가 되는 암'과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 '납입면제가 되는 암'으로 진단 확정된 경우라도 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전일 이전에 '납입면제가 되는 암'으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 '납입면제가 되는 암'으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제2항에 따라 보장하여 드립니다.

⑤ 피보험자에게 암보장개시일 이후 계약일로부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.

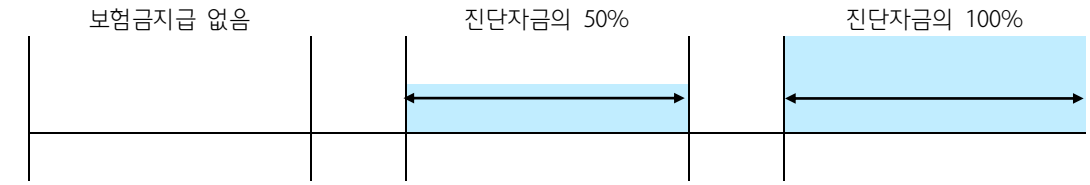
【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

암보장개시일: 2024년 9월 29일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



⑥ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '3대주요암'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 3대주요암 진단자금을 지급합니다. 다만, 암보장개시일 전일 이전에 '3대주요암'으로 진단 확정된 경우는 제외합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

⑦ 피보험자가 암보장개시일 이후에 '3대주요암' 이외의 암으로 진단확정 받은 후 해당질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이되어 '3대주요암'으로 진단되는 경우 3대주요암 진단자금을 지급하지 않습니다.

⑧ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

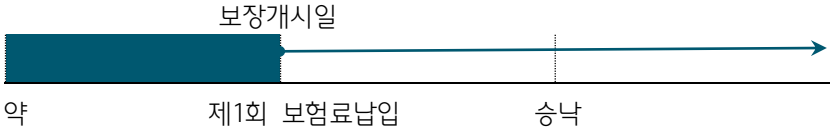
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(‘3대주요암’ 및 ‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘3대주요암’과 제8항에서 정한 ‘납입면제가 되는 일반암’에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('3대주요암' 및 '암' 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '3대주요암'으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
3대주요암 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '3대주요암'으로 진단이 확정되었을 때 (계약일부터 1년미만 진단확정시 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 피보험자가 암보장개시일 이후에 '3대주요암' 이외의 암으로 진단확정 받은 후 해당질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이되어 '3대주요암'으로 진단되는 경우 3대주요암 진단자금을 지급하지 않습니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 3대암(위,간,폐) 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 '3대주요암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '3대주요암'의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
위의 악성신생물(암)	C16
간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
기관의 악성 신생물	C33
기관지 및 폐의 악성 신생물	C34

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '3대주요암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 갑성선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의5('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. '갑상선의 악성신생물(C73)'의 경우 이 특약 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '중증 이외 갑상선암'은 제외됩니다.
5. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표2-4 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 '남녀생식기암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당 여부를 판단합니다.

구분	분류항목	분류번호
여자	1. 외음의 악성 신생물(암)	C51
	2. 질의 악성 신생물(암)	C52
	3. 자궁경부의 악성 신생물(암)	C53
	4. 자궁체부의 악성 신생물(암)	C54
	5. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C55
	6. 난소의 악성 신생물(암)	C56
	7. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성 신생물(암)	C57
	8. 태반의 악성 신생물(암)	C58
남자	1. 음경의 악성 신생물(암)	C60
	2. 전립선의 악성 신생물(암)	C61
	3. 고환의 악성 신생물(암)	C62
	4. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성 신생물(암)	C63

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
3대주요암 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

02. (무)갑상선암 수술 후 호르몬약물치료특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 2 편 개별사항 Ⅳ-20

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-20

제 2-1 조【용어의 정의】 Ⅳ-20

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】 Ⅳ-20

제 2-1 조의 3【‘갑상선암’의 정의 및 진단확정】 Ⅳ-20

제 2-1 조의 4【‘수술’의 정의】 Ⅳ-22

제 2-1 조의 5【‘갑상선 호르몬치료제’ 및 ‘갑상선암 수술 후 호르몬약물치료’의 정의】 Ⅳ-23

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-23

제 2-2 조【보험금의 지급사유】 Ⅳ-23

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 Ⅳ-24

제 2-4 조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】 Ⅳ-25

제 2-5 조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】 Ⅳ-25

제 2-6 조【사고증명서】 Ⅳ-25

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-26

제 2-7 조【특약의 보장개시】 Ⅳ-26

제 2-8 조【피보험자의 범위】 Ⅳ-27

제 2-9 조【보험수익자의 지정】 Ⅳ-27

제 2-10 조【특약의 갱신】 Ⅳ-27

제 2-11 조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】 Ⅳ-28

제 2-12 조【“특약의 무효”에 대한 특칙】 Ⅳ-28

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】 Ⅳ-28

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-29
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-29
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-29

제 5 관 기타사항 Ⅳ-29
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-29

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-30
별표 2-2 갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 Ⅳ-31
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-32

02. (무)갑상선암 수술 후 호르몬약물치료특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)으로 특약의 보험기간과 동일한 기간을 말합니다.

나. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

다. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제2-1조의3【‘갑상선암’의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 ‘갑상선암’은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, ‘갑상선암’이라 합니다)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 갑상선암에 해당하지 않습니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

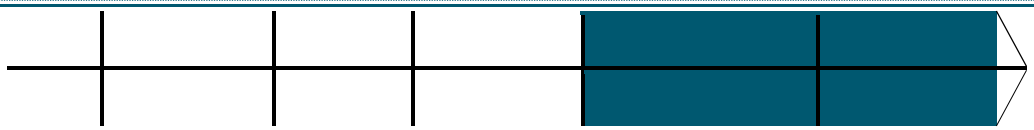
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로,

2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

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

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'진단이 가능하지 않을 때' 예시】
· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 · 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'수술'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '수술'은 의료기관에서 의사에 의하여 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 "수술"이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시 에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊)목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢),복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등)은 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다. **<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>**
【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아 들이는 것
【천자(穿刺)】
바늘 또는 관을 꽂아 체액, 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

③ '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제1항 및 제2항에서 정한 수술에서 제외됩니다.

【항암방사선치료】
'항암방사선치료'라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 대장점막내암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
【항암약물치료】
'항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 대장점막내암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 방법을 말합니다.

제2-1조의5【‘갑상선 호르몬치료제’ 및 ‘갑상선암 수술 후 호르몬약물치료’의 정의】

① ‘갑상선 호르몬치료제’라 함은 갑상선암 수술 후 갑상선자극호르몬을 억제하기 위해 사용되는 갑상선호르몬약물로 수술 후 치료 또는 재발 방지 목적으로 사용되는 호르몬 관련 악제를 말합니다. 다만 항암약물치료는 제외합니다.

【‘갑상선 호르몬치료제’ 해당 의약품명 및 성분명 안내】

갑상선 호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 갑상선 호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <(별표2-2 ‘갑상선 호르몬치료제’ 해당 의약품명 및 성분명)>에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 ‘갑상선암 수술 후 호르몬약물치료’라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘갑상선암’ 수술 후 치료 또는 재발 방지 목적으로 제1항에서 정한 ‘갑상선 호르몬치료제’를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 ‘안전성과 유효성 인정 범위’라 함은 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

【‘안전성과 유효성 인정 범위’ 확인 방법】

- 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 ‘갑상선 호르몬치료제’의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 ‘갑상선 호르몬치료제’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중, 피보험자가 보장개시일 이후에 ‘갑상선암’으로 진단 확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 갑상선암 수술 후 호르몬약물치료를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 ‘갑상선암 수술 후 호르몬약물치료비’(‘별표2-1 보험금 지급기준표’ 참조)를 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하며 최초계약의 계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50% 지급)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자에게 최초계약의 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

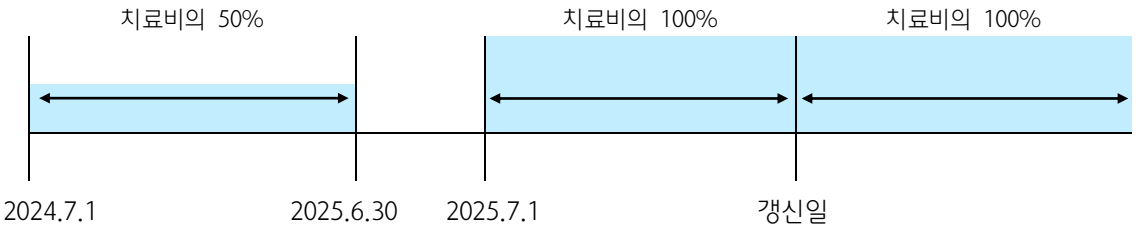
【예시】

최초계약일: 2024년 7월 1일

보장개시일: 2024년 7월 1일

최초계약의 계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

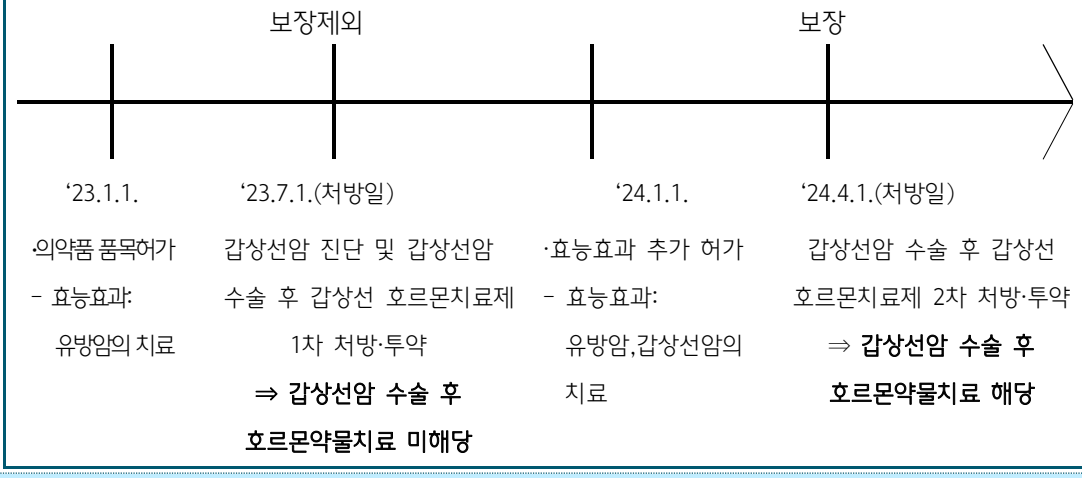
최초계약의 계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '갑상선암 수술 후 호르몬약물치료비'는 '갑상선 호르몬치료제'를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다.

⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '갑상선암 수술 후 호르몬약물치료를 받은 경우'는 '갑상선 호르몬치료제'를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 제2-1조의5('갑상선 호르몬치료제' 및 '갑상선암 수술 후 호르몬약물치료'의 정의) 제3항에서 정한 '안전성과 유효성 인정 범위'는 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.

【'안전성과 유효성 인정 범위' 변경(추가) 예시: 의약품의 '효능효과' 추가 허가】



【'안전성과 유효성 인정 범위' 변경(삭제) 예시: 의약품의 '효능효과' 허가 취소】

⑥ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 갑상선암 수술 후 호르몬약물치료 증명서, 각종사고증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 갑상선암 수술 후 호르몬약물치료 증명서는 다음의 서류를 말합니다.

1. 갑상선암 수술 후 호르몬약물치료 진단서 또는 갑상선암 수술 후 호르몬약물치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)

가. 진단명

나. 투약한 약제의 제품명

다. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

2. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

③ 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

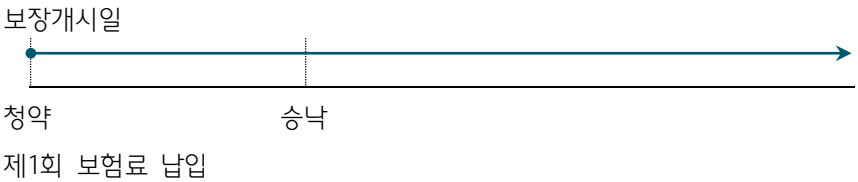
【보장개시일】

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

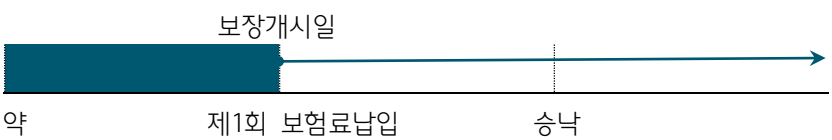
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 갱신전 특약의 보험기간 중 보험료 납입이 면제된 이후에 본 조에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제1-12조(특약의 소멸) 및 제2-11조(“특약의 소멸”에 대한 특칙)에 따라 이 특약이 소멸된 경우

3. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우

4. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑦ 갱신계약의 보험가입금액 및 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 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. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
갑상선암 수술 후 호르몬약물치료비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 보장개시일 이후에 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 갑상선암 수술 후 호르몬약물치료를 받은 경우 (최초계약의 계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 갱신전 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
3. '갑상선암 수술 후 호르몬약물치료비'는 '갑상선 호르몬치료제'를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다
4. '갑상선암 수술 후 호르몬약물치료를 받은 경우'는 '갑상선 호르몬치료제'를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.
5. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

① 아래 "갑상선 호르몬치료제" 해당 의약품명 및 성분명은 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 "갑상선 호르몬치료제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과, 용법용량 등의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 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. "갑상선 호르몬치료제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	레보티록신 Levothyroxine	씬지로이드정 0.025 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정 0.0375 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정 0.05 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정 0.075 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정 0.112 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정 0.15 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정 0.1 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정 0.2 밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정 100 마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정 125 마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정 150 마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정 25 마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정 50 마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정 75 마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정 88 마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
2	리오티로닌 Liothyronine	테트로닌정 5 마이크로그램(리오티로닌나트륨)

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
갑상선암 수술 후 호르몬약물치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

03. (무)고액암 진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-35

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-35

제 2-1 조【용어의 정의】 Ⅳ-35

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】 Ⅳ-35

제 2-1 조의 3【‘고액암’ 및 ‘암’ 등의 정의 및 진단확정】 Ⅳ-35

제 2-1 조의 4【‘중증 갑상선암’ 및 ‘중증 이외 갑상선암’의 정의 및 진단확정】 Ⅳ-37

제 2-1 조의 5【‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정】 Ⅳ-37

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-38

제 2-2 조【보험금의 지급사유】 Ⅳ-38

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 Ⅳ-38

제 2-4 조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】 Ⅳ-39

제 2-5 조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】 Ⅳ-39

제 2-6 조【사고증명서】 Ⅳ-40

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-40

제 2-7 조【특약의 보장개시】 Ⅳ-40

제 2-8 조【피보험자의 범위】 Ⅳ-41

제 2-9 조【보험수익자의 지정】 Ⅳ-41

제 2-10 조【특약의 갱신】 Ⅳ-42

제 2-11 조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】 Ⅳ-42

제 2-12 조【“특약의 무효”에 대한 특칙】 Ⅳ-42

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】 Ⅳ-42

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-42
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-42
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-42

제 5 관 기타사항 Ⅳ-43
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-43

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-44
별표 2-2 고액치료비관련 악성신생물(암) 분류표 Ⅳ-45
별표 2-3 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) Ⅳ-46
별표 2-4 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표 Ⅳ-48
별표 2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-49

03. (무)고액암 진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'고액암' 및 '암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '고액암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 고액치료비관련 악성신생물(암) 분류표('별표2-2 고액치료비관련 악성신생물(암) 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)('별표2-3 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정) 제2항에서 정한 중증 이외 갑상선암
3. 제2-1조의5('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

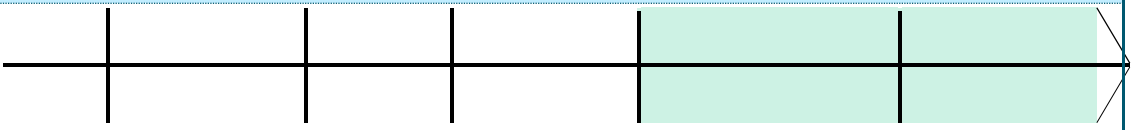
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후 이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

③ 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 '유방암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 '남녀생식기암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표('별표2-4 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표' 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ '고액암', '암', '기타피부암', '유방암' 및 '남녀생식기암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '고액암', '암', '기타피부암', '유방암' 및 '남녀생식기암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 다만, '중증 갑상선암'의 진단확정은 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정) 제3항을 따릅니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '고액암', '암', '기타피부암', '유방암' 및 '남녀생식기암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑧ 이 특약에 있어서 '납입면제가 되는 일반암'이라 함은 제2항에서 정한 '암'(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)중에서 '유방암', '남녀생식기암'을 제외한 암을 말합니다.

제2-1조의4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증 갑상선암'은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, '갑상선암'이라 합니다) 중 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 갑상선암에 해당하지 않습니다.

② 이 특약에 있어서 '중증 이외 갑상선암'이라 함은 갑상선암에 해당하는 질병 중 '중증 갑상선암'을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

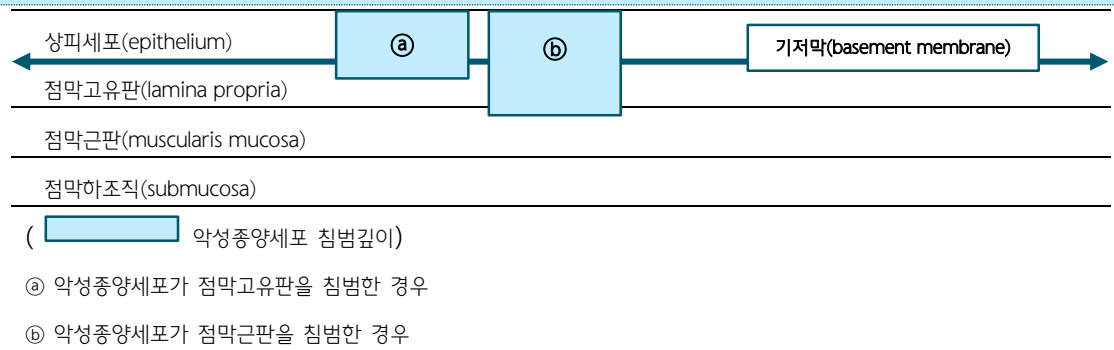
③ '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '고액암'으로 진단확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 고액암 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년미만 진단 확정시 해당 진단자금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '납입면제가 되는 일반암'으로 진단확정된 경우에는 다음 회 이후 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 계약자는 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 '납입면제가 되는 일반암'으로 진단 확정된 경우에는 그 진단일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다.

④ 제3항에도 불구하고 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 '납입면제가 되는 암'이 발생 하였으나 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 '납입면제가 되는 암'과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 '납입면제가 되는 암'으로 진단 확정된 경우라도 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전일 이전에 '납입면제가 되는 암'으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 '납입면제가 되는 암'으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제2항에 따라 보장하여 드립니다.

⑤ 피보험자에게 암보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

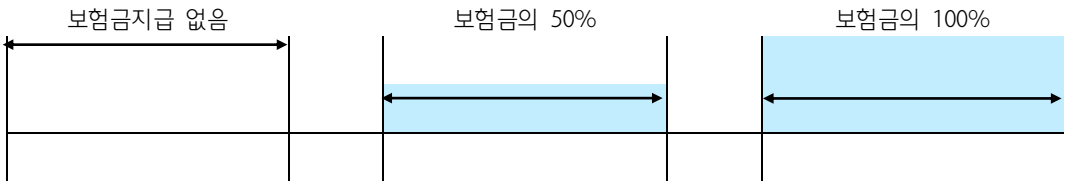
【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

암보장개시일: 2024년 9월 29일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



⑥ 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 고액암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 고액암 진단자금을 지급합니다. 다만, 암보장개시일의 전일 이전에 고액암으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

⑦ 피보험자가 암보장개시일 이후에 '고액암' 이외의 암으로 진단확정 받은 후 해당질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이되어 '고액암'으로 진단되는 경우 고액암 진단자금을 지급하지 않습니다.

⑧ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

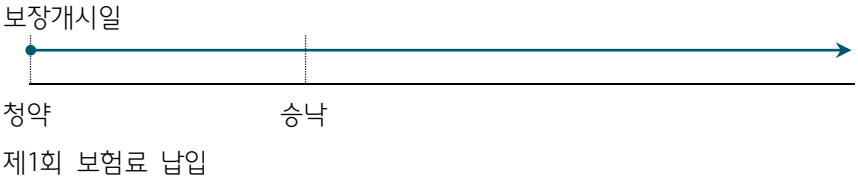
【보장개시일】

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.

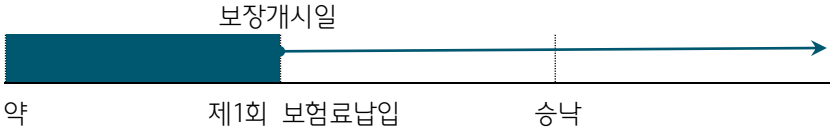
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(‘고액암’ 및 ‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘고액암’ 과 제8항에서 정한 ‘납입면제가 되는 일반암’에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('고액암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '고액암'으로 진단확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
고액암 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '고액암'으로 진단확정 되었을 때(계약일부터 1년미만 진단확정 시 50%지급, 최초 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 '고액암'으로 진단 확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
3. 피보험자가 암보장개시일 이후에 '고액암' 이외의 암으로 진단확정 받은 후 해당질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이되어 '고액암'으로 진단되는 경우 고액암 진단자금을 지급하지 않습니다.
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 고액치료비관련 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 고액암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 고액암의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	
-. 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40
-. 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C41
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	
-. 수막의 악성신생물(암)	C70
-. 뇌의 악성신생물(암)	C71
-. 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C72
3. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	
-. 호지킨 림프종	C81
-. 소포성 림프종	C82
-. 비소포성 림프종	C83
-. 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
-. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
-. T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
-. 악성 면역증식성 질환	C88
-. 다발골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
-. 림프성 백혈병	C91
-. 골수성 백혈병	C92
-. 단핵구성 백혈병	C93
-. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
-. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
-. 림프, 조혈 및 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(암)	C96
-. 만성 골수증식질환	D47.1
-. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 갑성선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의5('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. '갑상선의 악성신생물(C73)'의 경우 이 특약 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '중증 이외 갑상선암'은 제외됩니다.
5. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표2-4 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 '남녀생식기암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당 여부를 판단합니다.

구분	분류항목	분류번호
여자	1. 외음의 악성 신생물(암)	C51
	2. 질의 악성 신생물(암)	C52
	3. 자궁경부의 악성 신생물(암)	C53
	4. 자궁체부의 악성 신생물(암)	C54
	5. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C55
	6. 난소의 악성 신생물(암)	C56
	7. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성 신생물(암)	C57
	8. 태반의 악성 신생물(암)	C58
남자	1. 음경의 악성 신생물(암)	C60
	2. 전립선의 악성 신생물(암)	C61
	3. 고환의 악성 신생물(암)	C62
	4. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성 신생물(암)	C63

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
고액암 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

04. (무)급여갑상선바늘생검조직병리검사특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 2 편 개별사항 Ⅳ-52

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-52

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-52

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-52

제 2-1 조의 3【'급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사'의 정의 및 장소】..... Ⅳ-52

제 2-1 조의 4【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】..... Ⅳ-53

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-54

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-54

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-54

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-55

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-55

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-55

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-55

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-55

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-56

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-56

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-57

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-57

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-58

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-58

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-58
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-58
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-58

제 5 관 기타사항 Ⅳ-58
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-58

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-59
별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-60

04. (무)급여갑상선바늘생검조직병리검사특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)으로 특약의 보험기간과 동일한 기간을 말합니다.

나. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제2-1조의3【'급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사'의 정의 및 장소】

① 이 특약에 있어서 '급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2023-28호, 2023.3.1. 시행) 에서 정한 아래의 수가코드에 해당하는 의료행위를 하는 것(이하 "급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사 인정기준"이라 합니다)을 말합니다.

분류항목	수가코드
갑상선생검-침생검	C8591

② 제1항의 "급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 "의료급여"라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사 인정기준이 폐지 또는 변경된 경우에는 “급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사” 당시의 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수가코드 폐지 또는 변경으로 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 전 급여인정 기준을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 “급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사” 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 “급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사” 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 “급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사”은 특약보험기간 중 갑상선의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체 검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

【침생검(Needle Biospy)】
종양 또는 이상이 의심되는 부위로 바늘을 찔러 조직이나 액체를 채취하는 조직검사 방법

제2-1조의4【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 회사는 ‘급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사 인정기준’이 관련 법령 등의 개정에 따라 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도의 변경으로 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 특약의 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 특약의 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의료기관의 의사에 의하여 질병 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 "급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사"를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 연간 1회에 한하며 최초계약의 계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 검사비의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

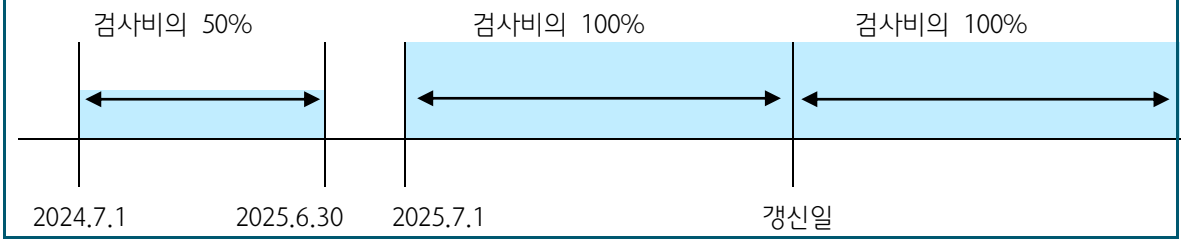
③ 피보험자에게 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

【예시】

최초계약일: 2024년 7월 1일

최초계약의 계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

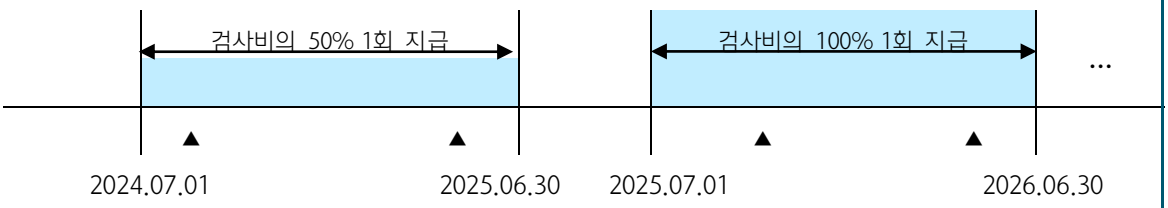
최초계약의 계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금은 연간 1회를 지급한도로 합니다.

【연간 1회 지급 예시】

최초계약일: 2024년 7월 1일



▲ : 급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사 이용

⑤ '연간'이라 함은 최초계약의 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑥ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료세부내역서('건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)' 필수 기재), 의사소견서, 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

【수가코드】

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

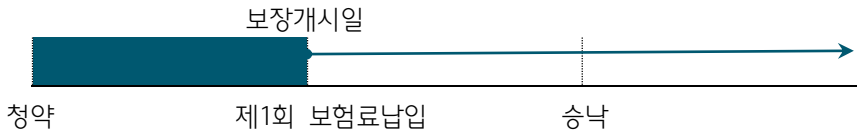
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 갱신전 특약의 보험기간 중 보험료 납입이 면제된 이후에 본 조에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제1-12조(특약의 소멸) 및 제2-11조(“특약의 소멸”에 대한 특칙)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
4. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑦ 갱신계약의 보험가입금액 및 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제2-11조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 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. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의료기관의 의사에 의하여 질병 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 "급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사"를 받았을 때 (최초계약의 계약일부터 1년 미만 보험금 지급사유 발생시 50%지급, 연간 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 갱신전 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
급여 갑상선 바늘생검 조직병리검사비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

05. (무)급여암자기공명영상진단(MRI)검사지원특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 2 편 개별사항 Ⅳ-63

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-63

제 2-1 조【용어의 정의】 Ⅳ-63

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】 Ⅳ-63

제 2-1 조의 3【'암'의 정의】 Ⅳ-63

제 2-1 조의 4【'제자리암'의 정의 및 진단확정】 Ⅳ-65

제 2-1 조의 5【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】 Ⅳ-65

제 2-1 조의 6【'급여 자기공명영상진단(MRI)검사'의 정의】 Ⅳ-65

제 2-1 조의 7【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】 Ⅳ-65

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-66

제 2-2 조【보험금의 지급사유】 Ⅳ-66

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 Ⅳ-66

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】 Ⅳ-68

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】 Ⅳ-68

제 2-6 조【사고증명서】 Ⅳ-68

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-68

제 2-7 조【특약의 보장개시】 Ⅳ-68

제 2-8 조【피보험자의 범위】 Ⅳ-69

제 2-9 조【보험수익자의 지정】 Ⅳ-69

제 2-10 조【특약의 갱신】 Ⅳ-69

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】 Ⅳ-70

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】 Ⅳ-70

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】 Ⅳ-70

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-71
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-71
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-71

제 5 관 기타사항 Ⅳ-71
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-71

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-72
별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 포함) Ⅳ-73
별표 2-3 제자리의 신생물 분류표 II Ⅳ-75
별표 2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표 Ⅳ-76
별표 2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-77

05. (무)급여암자기공명영상진단(MRI)검사지원특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)으로 특약의 보험기간과 동일한 기간을 말합니다.

나. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제2-1조의3【'암'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 포함) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 포함)' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

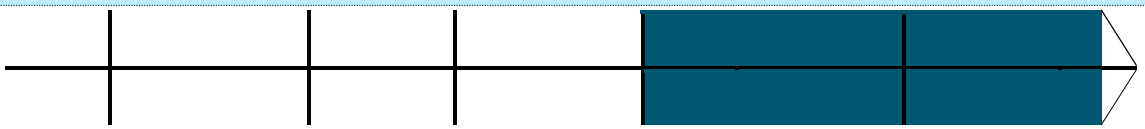
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② '암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) (다만, '갑상선암'의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'제자리암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표('별표2-3 제자리의 신생물 분류표Ⅱ' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표('별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'급여 자기공명영상진단(MRI)검사'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '급여 자기공명영상진단(MRI)검사'라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여·목록표 및 급여상대가치점수」 중 '영상진단 및 방사선치료' 항목에서, 급여 자기공명영상진단(MRI) (급여항목(다-246))에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 항목 중 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목(다-246)이 발생한 경우(이하 '급여 자기공명영상진단 인정기준'이라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 '급여 자기공명영상진단(MRI)검사'는 의료기관의 의사에 의하여 진단 및 치료를 위해 필요하다고 인정된 경우로서 '의사'의 관리하에 급여 자기공명영상진단(MRI)검사에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

제2-1조의7【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① '급여 자기공명영상진단검사 인정기준'이 국민건강보험법, 의료급여법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 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 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 '급여 자기공명영상진단검사 인정기준'이 폐지되는 경우

2. 법령의 개정에 따라 '급여 자기공명영상진단검사 인정기준'이 변경되어 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑦ 갱신계약의 경우에도 제1항에서 제6항의 규정을 준용합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사에 의하여 암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단 및 치료를 위해 필요소견을 토대로 '급여 자기공명영상진단(MRI)검사' 를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 급여 MRI 검사비 지원자금(별표2-1 '보험금 지급기준표' 참조)를 지급하여 드립니다. 다만, 보험연도 기준 연간 1회에 한하여 보장하며, 최초계약의 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

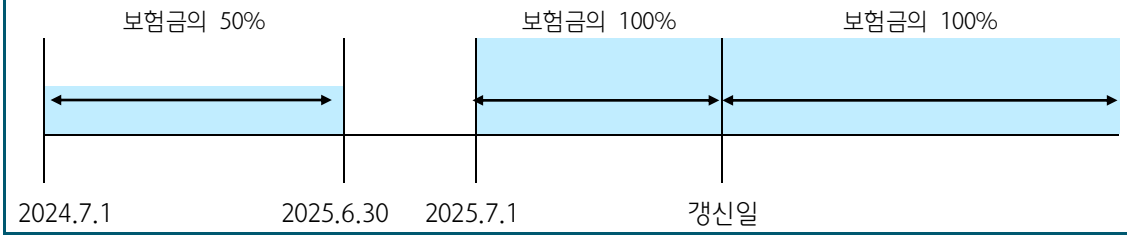
③ 피보험자에게 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

【예시】

최초계약일: 2024년 7월 1일

최초계약의 계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

최초계약의 계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '보험연도'란 당해연도 연계약해당일부터 차년도 연계약해당일 전일까지 매 1년단위의 연도를 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【'보험연도' 예시】

계약일이 2024년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.

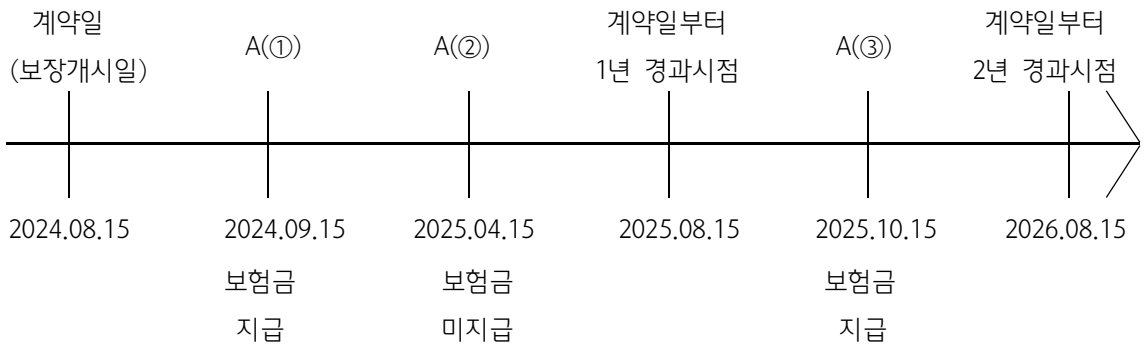
【해당연도에 계약해당일이 없는 경우 예시】

최초계약일이 2024년 2월 29일인 경우, 2025년의 계약해당일은 2025년 2월 28일로 함

⇒ 2025년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 계약해당일로 함

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 급여 MRI 검사비 지원자금을 보험연도 기준 연 1회 보장하므로 이미 보험금을 지급한 보험연도 중에 급여 자기공명영상진단(MRI)검사를 받게 되더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

【예시】



※ 설명(A= 급여 자기공명영상진단(MRI)검사)

①과 ③: 급여 MRI 검사비 지원자금 지급(해당 보험연도 첫 번째 치료)

②: 보험금 미지급(급여 급여 자기공명영상진단(MRI)검사에 해당하지만 연 지급횟수(1회) 초과됨)

⑤ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료세부내역서('건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)' 필수 기재), 의사소견서, 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

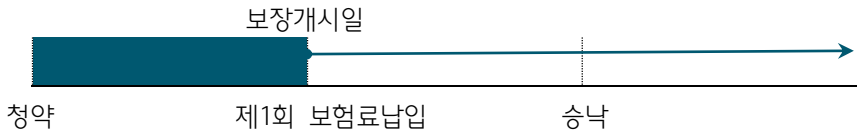
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 갱신전 특약의 보험기간 중 보험료 납입이 면제된 이후에 본 조에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제1-12조(특약의 소멸) 및 제2-11조("특약의 소멸"에 대한 특칙)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
4. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑦ 갱신계약의 보험가입금액 및 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 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. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
급여암 MRI 검사비 지원자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사에 의하여 암, 제자리암 또는 경계성종양의 진단 및 치료를 위해 필요소견을 토대로 급여 자기공명영상진단(MRI) 검사를 받았을 때 (최초계약의 계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 50% 지급, 연간 1회한)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 갱신전 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 포함)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 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
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) 혈소판혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표2-3 제자리의 신생물 분류표 II

약관에 규정하는 '제자리암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리암의 해당 여부를 판단합니다.

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '제자리암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 '경계성종양'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당 여부를 판단합니다

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구 증후군](D47.5)은 '9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물'에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
급여암 MRI 검사비 지원자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

06. (무)급여양전자방출단층촬영(PET)검사지원특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 2 편 개별사항 Ⅳ-80

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-80

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-80

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-80

제 2-1 조의 3【'급여 양전자방출단층촬영(PET)검사'의 정의】..... Ⅳ-80

제 2-1 조의 4【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... Ⅳ-81

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-81

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-81

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-82

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-83

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-83

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-83

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-83

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-83

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-84

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-84

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-85

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-85

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-86

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-86

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-86
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-86
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-86

제 5 관 기타사항 Ⅳ-86
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-86

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-87
별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-88

06. (무)급여양전자방출단층촬영(PET)검사지원특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)으로 특약의 보험기간과 동일한 기간을 말합니다.

나. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제2-1조의3【'급여 양전자방출단층촬영(PET)검사'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '급여 양전자방출단층촬영(PET)검사'라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여·목록표 및 급여상대가치점수」 중 '영상진단 및 방사선치료' 항목에서, 급여 양전자방출단층촬영 PET(급여항목(다-339))에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 항목 중 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목(다-339)이 발생한 경우(이하 '급여 양전자방출단층촬영 인정기준'이라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 '급여 양전자방출단층촬영(PET)검사'는 의료기관의 의사에 의하여 진단 및 치료를 위해 필요하다고 인정된 경우로서 '의사'의 관리하에 급여 양전자방출단층촬영(PET)검사에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

제2-1조의4【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① '급여 양전자방출단층촬영 인정기준'이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 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 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 '급여 양전자방출단층촬영 인정기준'이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 '급여 양전자방출단층촬영 인정기준'이 변경되어 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑦ 갱신계약의 경우에도 제1항에서 제6항의 규정을 준용합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사에 의하여 진단 및 치료를 위해 필요소견을 토대로 '급여 양전자방출단층촬영(PET) 검사'를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 급여 PET 검사비 지원자금(별표2-1 '보험금 지급기준표' 참조)을 지급하여 드립니다. 다만, 보험연도 기준 연간 1회에 한하여 보장하며, 최초계약의 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

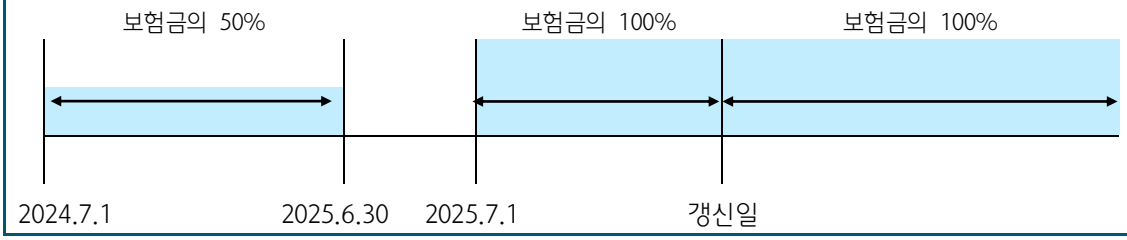
③ 피보험자에게 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

【예시】

최초계약일: 2024년 7월 1일

최초계약의 계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

최초계약의 계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '보험연도'란 당해연도 연계약해당일부터 차년도 연계약해당일 전일까지 매 1년단위의 연도를 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【'보험연도' 예시】

계약일이 2024년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.

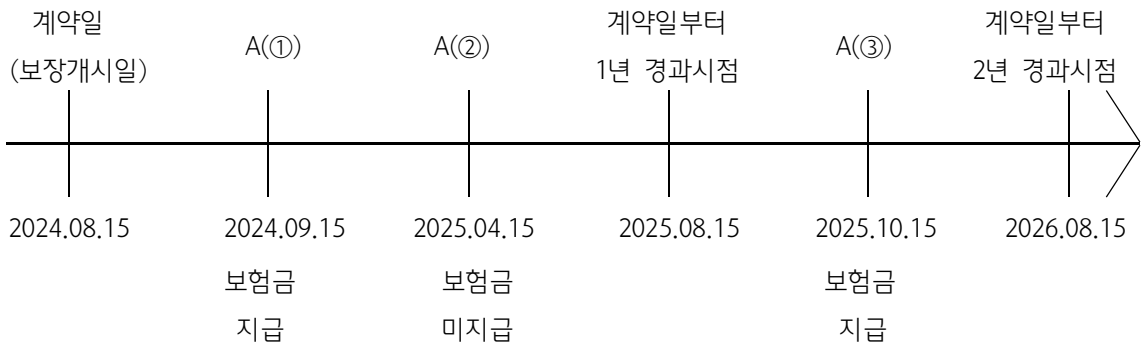
【해당연도에 계약해당일이 없는 경우 예시】

최초계약일이 2024년 2월 29일인 경우, 2025년의 계약해당일은 2025년 2월 28일로 함

⇒ 2025년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 계약해당일로 함

⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 급여 PET 검사비 지원자금을 보험연도 기준 연 1회 보장하므로 이미 보험금을 지급한 보험연도 중에 급여 양전자방출단층촬영(PET)검사를 받게 되더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

【예시】



※ 설명(A=급여 양전자방출단층촬영(PET)검사)

①과 ③: 급여PET 검사비 지원자금 지급(해당 보험연도 첫 번째 치료)

②: 보험금 미지급(급여 양전자방출단층촬영(PET)검사에 해당하지만 연 지급횟수(1회) 초과됨)

⑥ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료세부내역서('건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)' 필수 기재), 각종사고증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

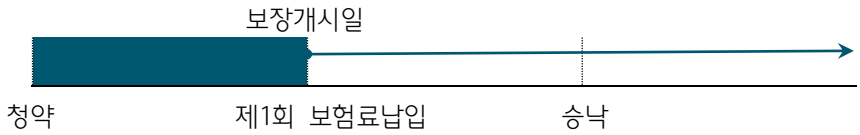
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 갱신전 특약의 보험기간 중 보험료 납입이 면제된 이후에 본 조에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제1-12조(특약의 소멸) 및 제2-11조(“특약의 소멸”에 대한 특칙)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
4. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑦ 갱신계약의 보험가입금액 및 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제2-11조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 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. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
급여 PET 검사비 지원자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사에 의하여 진단 및 치료를 위해 필요소견을 토대로 '급여 양전자방출단층촬영(PET)검사'를 받았을 때 (최초계약의 계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 50% 지급, 연간 1회한)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 갱신전 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
급여 PET 검사비 지원자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

07. (무)급여유방바늘생검조직병리검사특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 2 편 개별사항 Ⅳ-91

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-91

제 2-1 조【용어의 정의】 Ⅳ-91

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】 Ⅳ-91

제 2-1 조의 3【'급여 유방 바늘생검 조직병리검사'의 정의 및 장소】 Ⅳ-91

제 2-1 조의 4【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】 Ⅳ-92

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-93

제 2-2 조【보험금의 지급사유】 Ⅳ-93

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 Ⅳ-93

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】 Ⅳ-94

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】 Ⅳ-94

제 2-6 조【사고증명서】 Ⅳ-94

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-94

제 2-7 조【특약의 보장개시】 Ⅳ-94

제 2-8 조【피보험자의 범위】 Ⅳ-95

제 2-9 조【보험수익자의 지정】 Ⅳ-95

제 2-10 조【특약의 갱신】 Ⅳ-96

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】 Ⅳ-96

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】 Ⅳ-97

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】 Ⅳ-97

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-97

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-97

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-97

제 5 관 기타사항 Ⅳ-97

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-97

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-98

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-99

07. (무)급여유방바늘생검조직병리검사특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)으로 특약의 보험기간과 동일한 기간을 말합니다.

나. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제2-1조의3【'급여 유방 바늘생검 조직병리검사'의 정의 및 장소】

① 이 특약에 있어서 '급여 유방 바늘생검 조직병리검사'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2023-28호, 2023.3.1. 시행) 에서 정한 아래의 수가코드에 해당하는 의료행위를 하는 것(이하 "급여 유방 바늘생검 조직병리검사 인정기준"이라 합니다)을 말합니다.

분류항목	수가코드
유방생검[편측]-침생검	C8641

② 제1항의 "급여 유방 바늘생검 조직병리검사"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 "의료급여"라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 급여 유방 바늘생검 조직병리검사 인정기준이 폐지 또는 변경된 경우에는 “급여 유방 바늘생검 조직병리검사” 당시의 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수가코드 폐지 또는 변경으로 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 전 급여인정 기준을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 “급여 유방 바늘생검 조직병리검사” 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 “급여 유방 바늘생검 조직병리검사” 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 “급여 유방 바늘생검 조직병리검사”은 특약보험기간 중 유방의 영상의학적 검사, 혈액 검사, 신체 검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “급여 유방 바늘생검 조직병리검사”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

【침생검(Needle Biospy)】
종양 또는 이상이 의심되는 부위로 바늘을 찔러 조직이나 액체를 채취하는 조직검사 방법

제2-1조의4【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 회사는 ‘급여 유방 바늘생검 조직병리검사 인정기준’이 관련 법령 등의 개정에 따라 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도의 변경으로 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 특약의 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 특약의 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자(여성 피보험자에 한합니다)가 이 특약의 보험기간 중 의료기관의 의사에 의하여 질병진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 "급여 유방 바늘생검 조직병리검사"를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급여 유방 바늘생검 조직병리검사비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 연간 1회에 한하며 최초계약의 계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 검사비의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

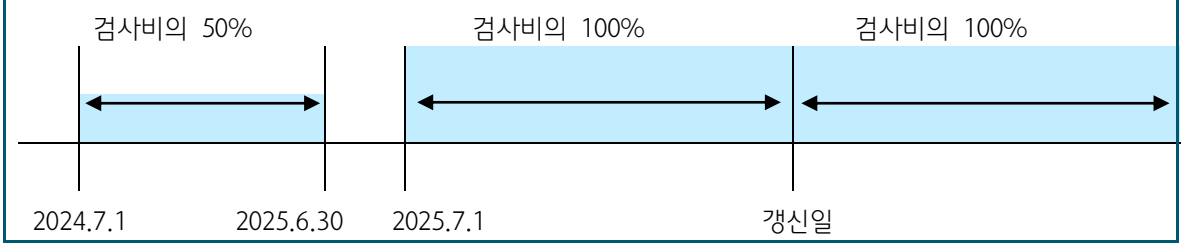
③ 피보험자에게 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

【예시】

최초계약일: 2024년 7월 1일

최초계약의 계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

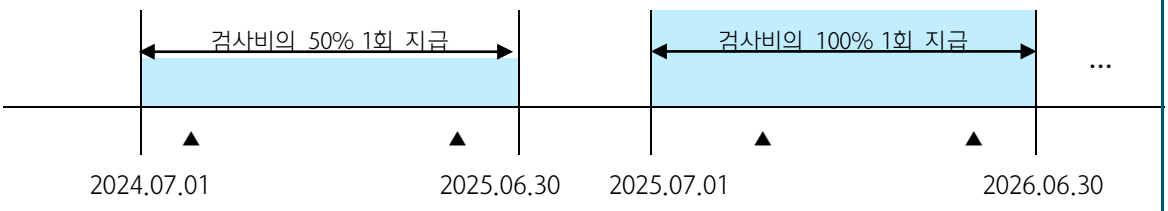
최초계약의 계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금은 연간 1회를 지급한도로 합니다.

【연간 1회 지급 예시】

최초계약일: 2024년 7월 1일



▲ : 급여 유방 바늘생검 조직병리검사 이용

⑤ '연간'이라 함은 최초계약의 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑥ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료세부내역서('건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)' 필수 기재), 의사소견서, 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

【수가코드】

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

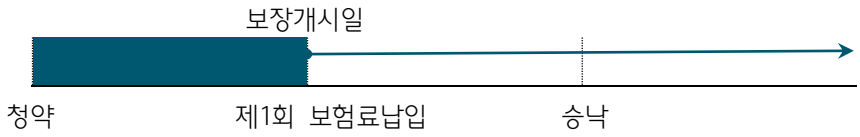
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 갱신전 특약의 보험기간 중 보험료 납입이 면제된 이후에 본 조에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제1-12조(특약의 소멸) 및 제2-11조(“특약의 소멸”에 대한 특칙)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
4. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑦ 갱신계약의 보험가입금액 및 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제2-11조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 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. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
급여 유방 바늘생검 조직병리검사비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의료기관의 의사에 의하여 질병 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 "급여 유방 바늘생검 조직병리검사"를 받았을 때 (최초계약의 계약일부터 1년 미만 보험금 지급사유 발생시 50%지급, 연간 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 갱신전 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
급여 유방 바늘생검 조직병리검사비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

08. (무)급여전립선바늘생검조직병리검사특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 2 편 개별사항 Ⅳ-102

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-102

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-102

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-102

제 2-1 조의 3【'급여 전립선 바늘생검 조직병리검사'의 정의 및 장소】..... Ⅳ-102

제 2-1 조의 4【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】..... Ⅳ-103

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-104

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-104

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-104

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-105

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-105

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-105

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-105

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-105

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-106

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-106

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-107

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-107

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-108

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-108

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-108
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-108
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-108

제 5 관 기타사항 Ⅳ-108
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-108

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-109
별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-110

08. (무)급여전립선바늘생검조직병리검사특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)으로 특약의 보험기간과 동일한 기간을 말합니다.

나. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제2-1조의3【'급여 전립선 바늘생검 조직병리검사'의 정의 및 장소】

① 이 특약에 있어서 '급여 전립선 바늘생검 조직병리검사'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2023-28호, 2023.3.1. 시행)에서 정한 아래의 수가코드에 해당하는 의료행위를 하는 것(이하 "급여 전립선 바늘생검 조직병리검사 인정기준"이라 합니다)을 말합니다.

분류항목	수가코드
전립선생검-경피적	C8551

② 제1항의 "급여 전립선 바늘생검 조직병리검사"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 "의료급여"라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 급여 전립선 바늘생검 조직병리검사 인정기준이 폐지 또는 변경된 경우에는 “급여 전립선 바늘생검 조직병리검사” 당시의 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수가코드 폐지 또는 변경으로 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 전 급여인정 기준을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 “급여 전립선 바늘생검 조직병리검사” 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 “급여 전립선 바늘생검 조직병리검사” 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 “급여 전립선 바늘생검 조직병리검사”은 특약보험기간 중 전립선의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체 검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “급여 전립선 바늘생검 조직병리검사”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2-1조의4【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 회사는 ‘급여 전립선 바늘생검 조직병리검사 인정기준’이 관련 법령 등의 개정에 따라 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도의 변경으로 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 특약의 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 특약의 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의료기관의 의사에 의하여 질병 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 "급여 전립선 바늘생검 조직병리검사"를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급여 전립선 바늘생검 조직병리검사비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 연간 1회에 한하며 최초계약의 계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 검사비의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

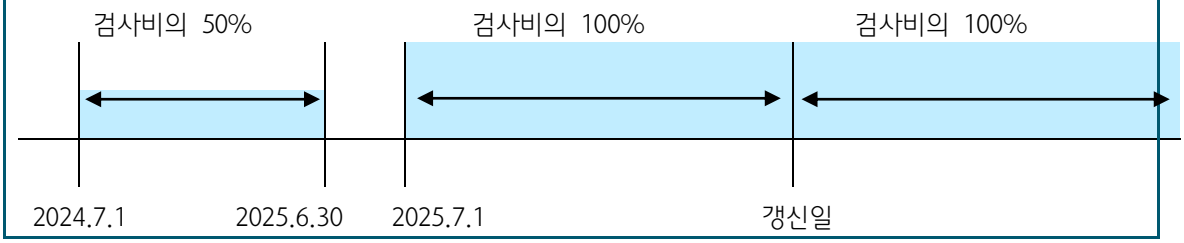
③ 피보험자에게 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

【예시】

최초계약일: 2024년 7월 1일

최초계약의 계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

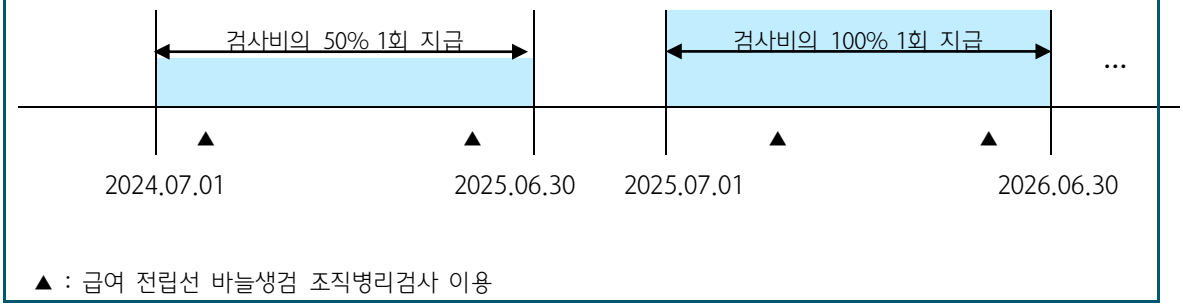
최초계약의 계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금은 연간 1회를 지급한도로 합니다.

【연간 1회 지급 예시】

최초계약일: 2024년 7월 1일



▲ : 급여 전립선 바늘생검 조직병리검사 이용

⑤ '연간'이라 함은 최초계약의 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑥ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료세부내역서('건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)' 필수 기재), 의사소견서, 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

【수가코드】

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

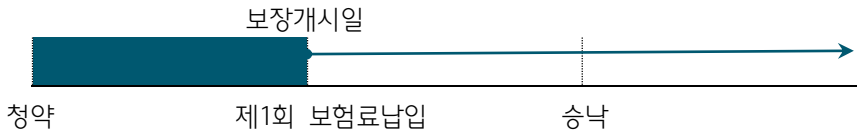
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 갱신전 특약의 보험기간 중 보험료 납입이 면제된 이후에 본 조에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제1-12조(특약의 소멸) 및 제2-11조(“특약의 소멸”에 대한 특칙)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
4. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑦ 갱신계약의 보험가입금액 및 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제2-11조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 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. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
급여 전립선 바늘생검 조직병리검사비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의료기관의 의사에 의하여 질병 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 "급여 전립선 바늘생검 조직병리검사"를 받았을 때 (최초계약의 계약일부터 1년 미만 보험금 지급사유 발생시 50%지급, 연간 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 갱신전 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
급여 전립선 바늘생검 조직병리검사비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

09. (무)남녀특정암 진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-113

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-113

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-113

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-113

제 2-1 조의 3【'남녀특정암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-113

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-115

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-115

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-115

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-116

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-116

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-116

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-116

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-116

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-117

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-117

제 2-10 조 【특약의 갱신】..... Ⅳ-118

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-118

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-118

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-118

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-119
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-119
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-119

제 5 관 기타사항 Ⅳ-120
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-120

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-121
별표 2-2 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표 Ⅳ-122
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-123

09. (무)남녀특정암 진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'남녀특정암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '남녀특정암'이라 함은 '유방암' 및 '남녀생식기암'을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 '유방암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

③ 이 특약에 있어서 '남녀생식기암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표('별표2-2 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표' 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

④ '유방암' 및 '남녀생식기암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '유방암' 및 '남녀생식기암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '유방암' 및 '남녀생식기암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'진단이 가능하지 않을 때' 예시】
· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

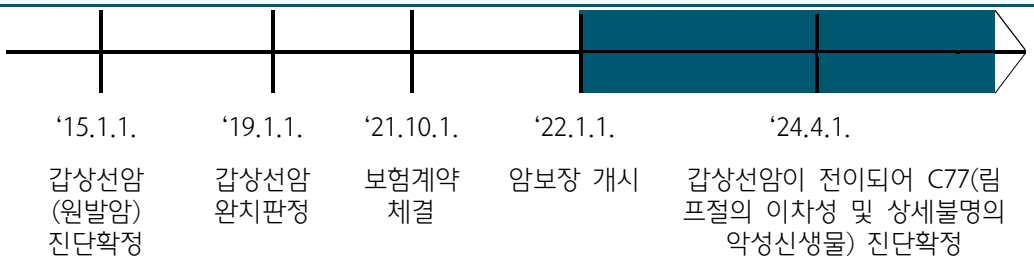
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '남녀특정암'으로 진단 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 남녀특정암 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 최초1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 진단시 진단자금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.

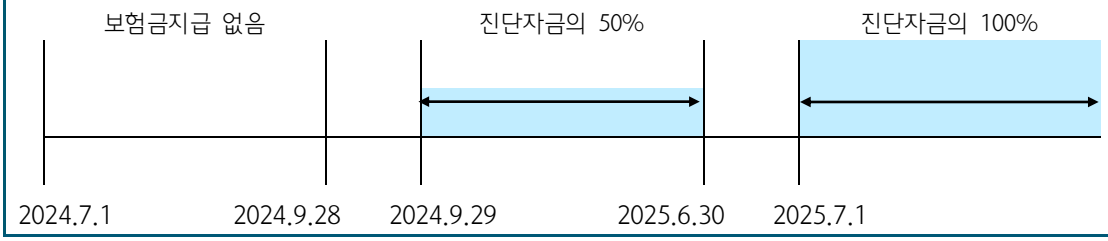
【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

암보장개시일: 2024년 9월 29일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ '남녀특정암'은 '유방암' 또는 '남녀생식기암' 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 둘 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 하나에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '남녀특정암'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 남녀특정암 진단자금을 지급합니다. 다만, 암보장개시일 전일 이전에 '남녀특정암'으로 진단 확정된 경우는 제외합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

⑤ 피보험자가 암보장개시일 이후에 '남녀특정암' 이외의 암으로 진단확정 받은 후 해당질병의 종양세포가

잔존하거나 재발 또는 전이되어 '남녀특정암'으로 진단되는 경우 남녀특정암 진단자금을 지급하지 않습니다.

⑥ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('남녀특정암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '남녀특정암'에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('남녀특정암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '남녀특정암'으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형

상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
남녀특정암 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '남녀특정암'으로 진단이 확정되었을 때 (계약일부터 1년 미만 진단확정시 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에 는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 피보험자가 암보장개시일 이후에 '남녀특정암' 이외의 암으로 진단확정 받은 후 해당질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이되어 '남녀특정암'으로 진단되는 경우 남녀특정암 진단자금을 지급하지 않습니다.
3. '남녀특정암'은 '유방암' 또는 '남녀생식기암' 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 둘 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 하나에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 '남녀생식기암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당 여부를 판단합니다.

구분	분류항목	분류번호
여자	1. 외음의 악성 신생물(암)	C51
	2. 질의 악성 신생물(암)	C52
	3. 자궁경부의 악성 신생물(암)	C53
	4. 자궁체부의 악성 신생물(암)	C54
	5. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C55
	6. 난소의 악성 신생물(암)	C56
	7. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성 신생물(암)	C57
	8. 태반의 악성 신생물(암)	C58
남자	1. 음경의 악성 신생물(암)	C60
	2. 전립선의 악성 신생물(암)	C61
	3. 고환의 악성 신생물(암)	C62
	4. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성 신생물(암)	C63

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
남녀특정암 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

10. (무)림프절전이암 진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-126

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-126

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-126
제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-126
제 2-1 조의 3【'림프절전이암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-126
제 2-1 조의 4【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-127
제 2-1 조의 5【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-129
제 2-1 조의 6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-129

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-130

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-130
제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-130
제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-131
제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-131
제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-131

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-131

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-132
제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-133
제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-133
제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-134
제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-134
제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-134
제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-134

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-135
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-135
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-135

제 5 관 기타사항 Ⅳ-136
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-136

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-137
별표 2-2 림프절전이암 분류표 Ⅳ-138
별표 2-3 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) Ⅳ-139
별표 2-4 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표 Ⅳ-141
별표 2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-142

10. (무)림프절전이암 진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **전이암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

다. **암보장개시일** : 제2-7조(특약의 보장개시) 제3항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'림프절전이암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '림프절전이암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 림프절전이암 분류표('별표2-2 림프절전이암 분류표' 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

② '림프절전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '림프절전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '림프절전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)('별표2-3 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 제2-1조의5('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정) 제2항에서 정한 중증 이외 갑상선암
3. 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

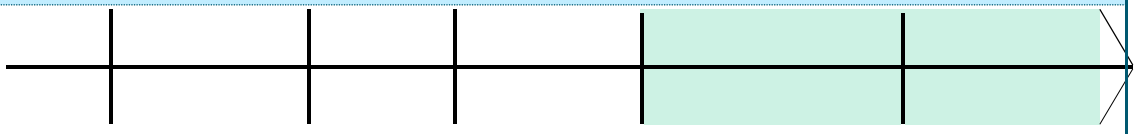
한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

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

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험료 납입면제 예시】



‘15.1.1.	‘19.1.1.	‘21.10.1.	‘22.1.1.	‘24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로, 2024년 4월 1일이 진단확정일이나, 원발암이 갑상선암이므로 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 이 특약에 있어서 ‘기타피부암’이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 ‘유방암’이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 ‘남녀생식기암’이라 함은 한국표준질병사인분류 중 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표(‘별표2-4 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표’ 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ ‘암’, ‘기타피부암’, ‘유방암’ 및 ‘남녀생식기암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘유방암’ 및 ‘남녀생식기암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 다만, ‘중증 갑상선암’의 진단확정은 제2-1조의5(‘중증 갑상선암’ 및 ‘중증 이외 갑상선암’의 정의 및 진단확정) 제3항을 따릅니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘유방암’ 및 ‘남녀생식기암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

⑦ 이 특약에 있어서 ‘납입면제가 되는 일반암’이라 함은 제1항에서 정한 ‘암’(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)중에서 ‘유방암’, ‘남녀생식기암’을 제외한 암을 말합니다.

제2-1조의5【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증 갑상선암'은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, '갑상선암'이라 합니다) 중 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 갑상선암에 해당하지 않습니다.

② 이 특약에 있어서 '중증 이외 갑상선암'이라 함은 갑상선암에 해당하는 질병 중 '중증 갑상선암'을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

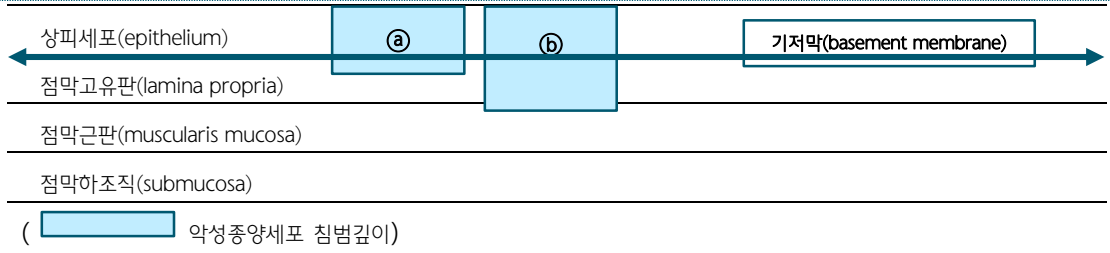
③ '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 전이암보장개시일 이후에 '림프절전이암'으로 진단 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 림프절전이암 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 최초1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 진단시 진단자금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '납입면제가 되는 일반암'으로 진단 확정된 경우에는 다음 회 이후 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 계약자는 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 '납입면제가 되는 일반암'으로 진단 확정된 경우에는 그 진단일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다.

④ 제3항에도 불구하고 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 '납입면제가 되는 암'이 발생 하였으나 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 '납입면제가 되는 암'과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 '납입면제가 되는 암'으로 진단 확정된 경우라도 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전일 이전에 '납입면제가 되는 암'으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 '납입면제가 되는 암'으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제2항에 따라 보장하여 드립니다.

⑤ 피보험자에게 전이암보장개시일 이후 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.

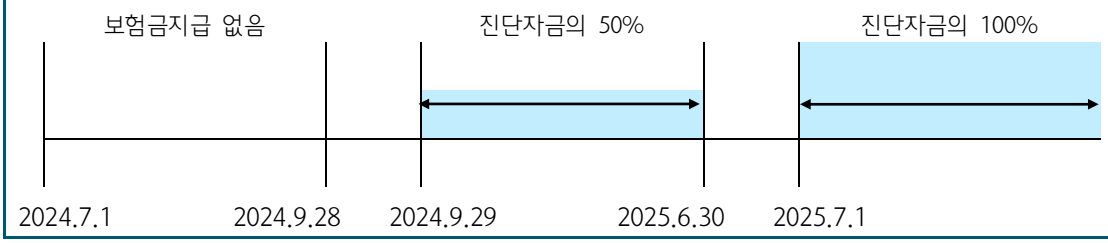
【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

전이암보장개시일: 2024년 9월 29일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



⑥ 피보험자가 보험기간 중 전이암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '림프절전이암'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 림프절전이암 진단자금을 지급합니다. 다만, 전이암보장개시일 전일 이전에 '림프절전이암'으로 진단확정된 경우는 제외합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

⑦ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

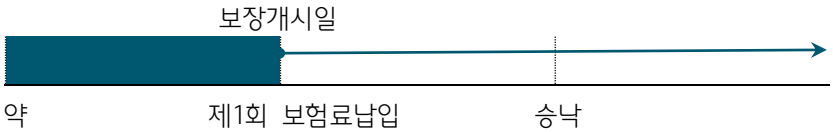
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(‘림프절전이암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘림프절전이암’에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제2-1조의4(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제7항에서 정한 ‘납입면제가 되는 일반암’에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일, 전이암보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일, 전이암보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일

(예시) 전이암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
전이암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 전이암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('림프절전이암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '림프절전이암'으로 진단확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
림프절전이암 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 전이암보장개시일 이후에 '림프절전이암'으로 진단이 확정되었을 때 (계약일부터 1년미만 진단확정시 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 전이암보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 림프절전이암 분류표

약관에 규정하는 '림프절전이암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '림프절전이암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '림프절전이암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따르면 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 상기 사항에도 불구하고 '림프절전이암'은 원발부위를 기준으로 분류하지 않으며, 진단확정 시점 역시 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

별표2-3 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 갑성선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. '갑상선의 악성신생물(C73)'의 경우 이 특약 제2-1조의5('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '중증 이외 갑상선암'은 제외됩니다.
5. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표2-4 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 '남녀생식기암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당 여부를 판단합니다.

구분	분류항목	분류번호
여자	1. 외음의 악성 신생물(암)	C51
	2. 질의 악성 신생물(암)	C52
	3. 자궁경부의 악성 신생물(암)	C53
	4. 자궁체부의 악성 신생물(암)	C54
	5. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C55
	6. 난소의 악성 신생물(암)	C56
	7. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성 신생물(암)	C57
	8. 태반의 악성 신생물(암)	C58
남자	1. 음경의 악성 신생물(암)	C60
	2. 전립선의 악성 신생물(암)	C61
	3. 고환의 악성 신생물(암)	C62
	4. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성 신생물(암)	C63

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
림프절전이암 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

11. (무)비급여(전액본인부담 포함)암주요치료특약 (치료별 연간1회)(간편심사형) 목차 (해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-145

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-145

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-145

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-145

제 2-1 조의 3【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-145

제 2-1 조의 4【'암주요치료'의 정의】..... Ⅳ-147

제 2-1 조의 5【'비급여(전액본인부담 포함)암 주요치료'의 정의】..... Ⅳ-147

제 2-1 조의 6【'수술'의 정의와 장소】..... Ⅳ-148

제 2-1 조의 7【'항암약물치료'의 정의】..... Ⅳ-149

제 2-1 조의 8【'항암방사선치료'의 정의】..... Ⅳ-150

제 2-1 조의 9【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】..... Ⅳ-150

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-152

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-152

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-153

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-154

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-154

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-154

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-154

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-154

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-155

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-155

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-156

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-156

제 2-12 조【“특약의 무효”에 대한 특칙】 Ⅳ-156
제 2-13 조【특약내용의 변경 등】 Ⅳ-156

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-157

제 2-14 조【계약자의 임의해지】 Ⅳ-157
제 2-15 조【해약환급금】 Ⅳ-157

제 5 관 기타사항 Ⅳ-158

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】 Ⅳ-158

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-159
별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외) Ⅳ-161
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-163

11. (무)비급여(전액본인부담 포함)암주요치료특약 (치료별 연간1회)(간편심사형) 약관 (해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 각 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

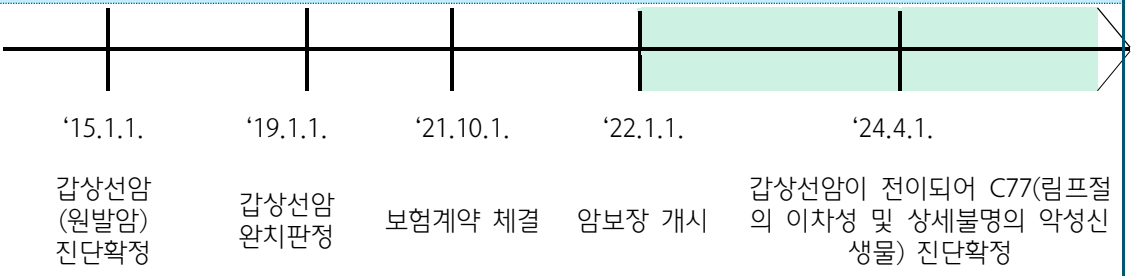
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후 이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

④ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할

수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【‘암주요치료’의 정의】

① 이 특약에 있어서 ‘암주요치료’는 ‘암’, ‘기타피부암 또는 갑상선암’을 제거하거나 증식을 억제하기 위해 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. ‘암’, ‘기타피부암 또는 갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의6(‘수술’의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
2. ‘암’, ‘기타피부암 또는 갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의7(‘항암약물치료’의 정의)에서 정한 항암약물치료(호르몬치료 제외)를 받은 경우
3. ‘암’, ‘기타피부암 또는 갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의8(‘항암방사선치료’의 정의)에서 정한 항암방사선치료를 받은 경우

② 제1항의 ‘암주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 ‘암’, ‘기타피부암 또는 갑상선암’을 제거하거나 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. ‘암’, ‘기타피부암 또는 갑상선암’의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제를 이용한 치료

【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. 이외의 ‘암주요치료’에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

제2-1조의5【‘비급여(전액본인부담 포함)암 주요치료’의 정의】

① 이 특약에 있어서 ‘비급여(전액본인부담 포함)암 주요치료’는 제2-1조의4에서 정한 ‘암주요치료’ 중 ‘암’, ‘기타피부암 또는 갑상선암’을 제거하거나 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. ‘암’, ‘기타피부암 또는 갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘비급여(전액본인부담 포함) 수술’을 받은 경우
2. ‘암’, ‘기타피부암 또는 갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)’을 받은 경우
3. ‘암’, ‘기타피부암 또는 갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료’을 받은 경우

② 제1항의 '비급여'라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우를 말하며 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함합니다.)을 말합니다.

③ 제1항의 '전액본인부담'이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

④ 제1항 제1호의 '비급여(전액본인부담 포함) 수술'은 '수술'로 인해 발생한 진료비세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 '암'을 제거하거나 증식을 억제하는 '수술'에 사용한 비용이 제2항의 '비급여' 또는 제3항의 '전액본인부담'에 해당하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제2호의 '비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료'는 '항암약물치료'로 인해 발생한 진료비세부내역서의 항암제의 약제비가 제2항의 '비급여' 또는 제3항의 '전액본인부담'에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑥ 제1항 제3호의 '비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료'는 '항암방사선치료'로 인해 발생한 진료비세부내역서의 방사선치료료가 제2항의 '비급여' 또는 제3항의 '전액본인부담'에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

【진료비 세부 내역서】
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료항목, 의료서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료 서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제2-1조의6【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'은 피보험자가 의료기관에서 의사에 의하여 '암', '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시 에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊)목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢),복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등)은 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다. **<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>**
【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아 들이는 것
【천자(穿刺)】
바늘 또는 관을 꽂아 체액, 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

③ 제2-1조의7('항암약물치료'의 정의)에서 정한 '항암약물치료'와 제2-1조의8('항암방사선치료'의 정의)에서 정한 '항암방사선치료'는 제1항 및 제2항에서 정한 수술에서 제외됩니다.

제2-1조의7【'항암약물치료'의 정의】

① '항암약물치료'라 함은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 단, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

【'항암화학요법'】
'항암화학요법'이라 함은 암을 치료하기 위하여 항암제를 사용하는 것으로, 이러한 약물들은 암세포의 성장을 방해하거나 분열을 억제하고 암세포의 사멸을 유도합니다.

② '항암약물치료(호르몬치료 제외)'라 함은 '항암약물치료'에서 '항암호르몬약물치료'를 제외한 치료를 말합니다.

③ '항암호르몬약물치료'라 함은 '항암약물치료' 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 '호르몬성 항암제'를 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 '의약품등 분류번호에 관한 규정'에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제) 또는 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical,ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC 코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

④ 제3항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 '의약품등 분류번호에 관한 규정'의 개정에 따라 제3항 제1호의 '약효분류번호'가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑤ 제3항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제3항 제2호의 'ATC코드'가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 'ATC코드'를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제2-1조의8【'항암방사선치료'의 정의】

'항암방사선치료'라 함은 의료기관의 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2-1조의9【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 제2-1조의5('비급여(전액본인부담 포함)암주요치료'의 정의)의 '비급여(전액본인부담 포함) 수술', '비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)' 또는 '비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료'가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 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 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 '비급여(전액본인부담 포함) 수술', '비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)' 또는 '비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료'가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 '비급여(전액본인부담 포함) 수술', '비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)' 또는 '비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료'가 변경되어 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및

해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다음 각 호의 '비급여(전액본인부담 포함) 암수술자금', '비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료자금', '비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료자금'을 합하여 '비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료비'라고 합니다.

1. 비급여(전액본인부담 포함) 암수술자금

가. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고, 그 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 수술'을 받은 경우 : 비급여(전액본인부담 포함) 암수술자금Ⅰ(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고, 그 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 수술'을 받은 경우 : 비급여(전액본인부담 포함)암수술자금Ⅱ(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

2. 비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료자금

가. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고, 그 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)'를 받은 경우 : 비급여(전액본인부담 포함)항암약물치료자금Ⅰ(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고, 그 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)'를 받은 경우 : 비급여(전액본인부담 포함)항암약물치료자금Ⅱ(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

3. 비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료자금

가. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고, 그 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료'를 받은 경우 : 비급여(전액본인부담 포함)항암방사선치료자금Ⅰ(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고, 그 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료'를 받은 경우 : 비급여(전액본인부담 포함)항암방사선치료자금Ⅱ(계약일로부터 1년미

만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

② 제1항의 각 호에 해당하는 치료별 보험금 지급기준 및 보장한도 등은 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 '별표2-1 보험금 지급기준표'를 따릅니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 보장개시일('암'의 경우 암보장개시일) 이후 계약일부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

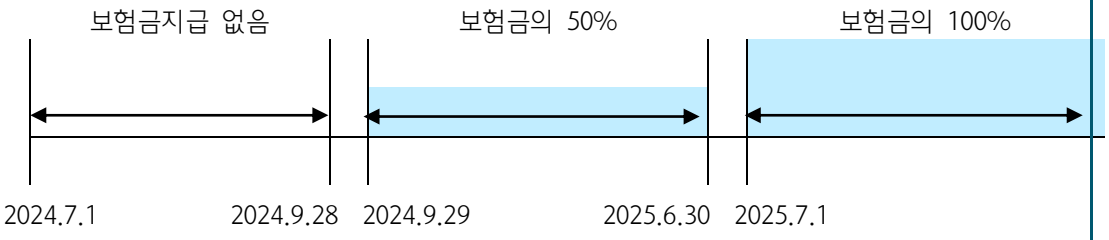
암보장개시일: 2024년 9월 29일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

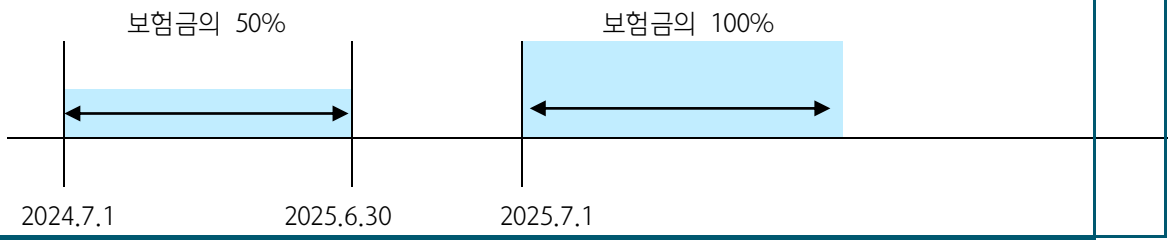
계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일

① '암'으로 진단 확정시

암보장개시일: 2024년 9월 29일



② '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정시



③ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '연간'이라 함은 계약일부터 매 1년단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료비'는 여러 번 '비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료'를 받더라도 치료별 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI) 필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함), 항암약물치료증명서, 항암방사선치료증명서, 각종사고증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관, 국민건강보험공단 등에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

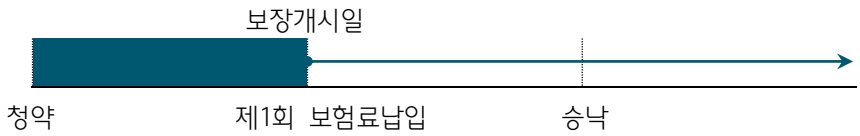
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('암'등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 보장급부별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형

상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명		지급사유	지급금액
비급여 (전액본인부담 포함) 암수술자금 (제2-2조)	비급여 (전액본인부담 포함) 암수술자금 Ⅰ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 수술'을 받았을 때 (계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회에 한함)	보험가입금액의 100%
	비급여 (전액본인부담 포함) 암수술자금 Ⅱ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 수술'을 받았을 때 (계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회 한함)	보험가입금액의 20%
비급여 (전액본인부담 포함) 항암약물치료자금 (제2-2조)	비급여 (전액본인부담 포함) 항암약물치료자금 Ⅰ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)'를 받았을 때 (계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회에 한함)	보험가입금액의 100%
	비급여 (전액본인부담 포함) 항암약물치료자금 Ⅱ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)'를 받았을 때 (계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회 한함)	보험가입금액의 20%

비급여 (전액본인부담 포함) 항암방사선치료자금 (제2-2조)	**비급여 (전액본인부담 포함) 항암방사선치료자금 Ⅰ**	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료'를 받았을 때 (계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회에 한함)	보험가입금액의 100%
	비급여 (전액본인부담 포함) 항암방사선치료자금 Ⅱ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료'를 받았을 때 (계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회 한함)	보험가입금액의 20%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
2. 이 특약의 '암'은 '기타피부암' 및 '갑상선암'을 제외한 '암'을 말합니다.
3. '연간'이라 함은 계약일부터 매 1년단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다.
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 소멸되고 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

12. (무)상급종합병원Ⅱ암주요치료특약(치료별 연간1회)(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-166

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-166

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-166
제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-166
제 2-1 조의 3【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-166
제 2-1 조의 4【'암주요치료'의 정의】..... Ⅳ-168
제 2-1 조의 5【'수술'의 정의와 장소】..... Ⅳ-168
제 2-1 조의 6【'항암약물치료'의 정의】..... Ⅳ-169
제 2-1 조의 7【'항암방사선치료'의 정의】..... Ⅳ-170
제 2-1 조의 8【'상급종합병원Ⅱ'의 정의】..... Ⅳ-170
제 2-1 조의 9【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... Ⅳ-171

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-172

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-172
제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-173
제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-174
제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-174
제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-174

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-174

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-174
제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-175
제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-175
제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-176
제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-176

제 2-12 조【“특약의 무효”에 대한 특칙】 Ⅳ-176
제 2-13 조【특약내용의 변경 등】 Ⅳ-176

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-177

제 2-14 조【계약자의 임의해지】 Ⅳ-177
제 2-15 조【해약환급금】 Ⅳ-177

제 5 관 기타사항 Ⅳ-178

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】 Ⅳ-178

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-179
별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) Ⅳ-181
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-183

12. (무)상급종합병원Ⅱ암주요치료특약(치료별 연간1회)(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】

'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

④ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'암주요치료'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '암주요치료'는 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'을 제거하거나 증식을 억제하기 위해 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의5('수술'의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
2. '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의6('항암약물치료'의 정의)에서 정한 항암약물치료(호르몬치료 제외)를 받은 경우
3. '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의7('항암방사선치료'의 정의)에서 정한 항암방사선치료를 받은 경우

② 제1항의 '암주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'을 제거하거나 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제를 이용한 치료

【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. 이외의 '암주요치료'에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

제2-1조의5【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'은 피보험자가 의료기관에서 의사에 의하여 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시 에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊)목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢),복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등)은 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>
【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아 들이는 것
【천자(穿刺)】
바늘 또는 관을 꽂아 체액, 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

③ 제2-1조의6('항암약물치료'의 정의)에서 정한 '항암약물치료'와 제2-1조의7('항암방사선치료'의 정의)에서 정한 '항암방사선치료'는 제1항 및 제2항에서 정한 수술에서 제외됩니다.

제2-1조의6【'항암약물치료'의 정의】

① '항암약물치료'라 함은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 단, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노마, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

【'항암화학요법'】
'항암화학요법'이라 함은 암을 치료하기 위하여 항암제를 사용하는 것으로, 이러한 약물들은 암세포의 성장을 방해하거나 분열을 억제하고 암세포의 사멸을 유도합니다.

② '항암약물치료(호르몬치료 제외)'라 함은 '항암약물치료'에서 '항암호르몬약물치료'를 제외한 치료를 말합니다.

③ '항암호르몬약물치료'라 함은 '항암약물치료' 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 '호르몬성 항암제'를 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제) 또는 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical,ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC 코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

④ 제3항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 '의약품등 분류번호에 관한 규정'의 개정에 따라 제3항 제1호의 '약효분류번호'가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑤ 제3항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제3항 제2호의 'ATC 코드'가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 'ATC 코드'를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제2-1조의7【'항암방사선치료'의 정의】

'항암방사선치료'라 함은 의료기관의 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2-1조의8【'상급종합병원Ⅱ'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '상급종합병원Ⅱ'이라 함은 '상급종합병원' 및 '국립암센터'를 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 제1항의 '상급종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 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 것
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 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

③ 제1항의 '국립암센터'라 함은 「암관리법」 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

【「암관리법」 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)】

「암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)」

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

② 국립암센터는 법인으로 한다.

③ 국립암센터는 주된 사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립한다.

④ 제3항에 따른 설립등기 사항은 다음 각 호와 같다.

1. 목적
2. 명칭
3. 주된 사무소 및 부속기관
4. 임원의 성명 및 주소
5. 공고의 방법

「암관리법 제29조(부속기관의 설치)」

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

② 국립암센터는 교육부장관의 인가를 받아 「고등교육법」 제30조에 따른 대학원대학(이하 "대학원대학"이라 한다)을 설치할 수 있다.

③ 대학원대학의 조직, 교원, 학위 과정 운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의9【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의8('상급종합병원Ⅱ'의 정의)의 '상급종합병원' 및 '국립암센터' 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 '상급종합병원' 및 '국립암센터' 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 '상급종합병원' 및 '국립암센터' 제도의 변경으로 제2-1조의8('상급종합병원Ⅱ'의 정의)의 '상급종합병원' 및 '국립암센터' 지정이 불가능한 경우

【예시】

'상급종합병원' 및 '국립암센터' 제도의 변경으로 '상급종합병원' 및 '국립암센터'를 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【계약자적립액】

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

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

① 이 특약은 다음 각 호에 해당하는 3개의 보장계약(이하 '보장계약'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다음 각 호의 '암수술자금', '항암약물치료자금', '항암방사선치료자금'을 합하여 '암주요치료비'라 합니다.

1. '수술' 보장계약: 암수술자금

가. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고, 그 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 '상급종합병원Ⅱ'에서 수술을 받은 경우 : 상급종합병원Ⅱ 암수술자금Ⅰ(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고, 그 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 '상급종합병원Ⅱ'에서 수술을 받은 경우 : 상급종합병원Ⅱ 암수술자금 Ⅱ (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

2. '항암약물치료' 보장계약: 항암약물치료자금

가. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고, 그 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 '상급종합병원Ⅱ'에서 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)를 받은 경우 : 상급종합병원Ⅱ 항암약물치료자금 Ⅰ (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고, 그 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 '상급종합병원Ⅱ'에서 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)를 받은 경우 : 상급종합병원Ⅱ 항암약물치료자금Ⅱ(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

3. '항암방사선치료' 보장계약: 항암방사선치료자금

가. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고, 그 '암'의 직접

적인 치료를 목적으로 '상급종합병원Ⅱ'에서 항암방사선치료를 받은 경우 : 상급종합병원Ⅱ 항암방사선치료자금Ⅰ(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고, 그 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 '상급종합병원Ⅱ'에서 항암방사선치료를 받은 경우 : 상급종합병원Ⅱ 항암방사선치료자금Ⅱ(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 보장계약을 동시에 가입하여야 하며, 각 보장계약별로 보험가입금액을 다르게 할 수 있습니다.

③ 제1항의 각 호에 해당하는 보장계약별 보험금 지급기준 및 보장한도 등은 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 '별표2-1 보험금 지급기준표'를 따릅니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 보장개시일('암'의 경우 암보장개시일) 이후 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 '보장계약' 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

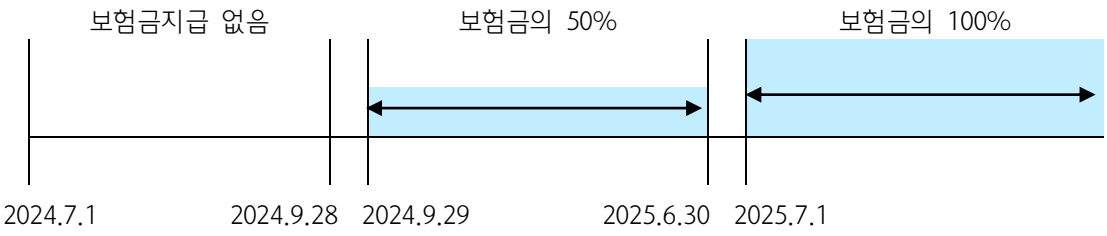
암보장개시일: 2024년 9월 29일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

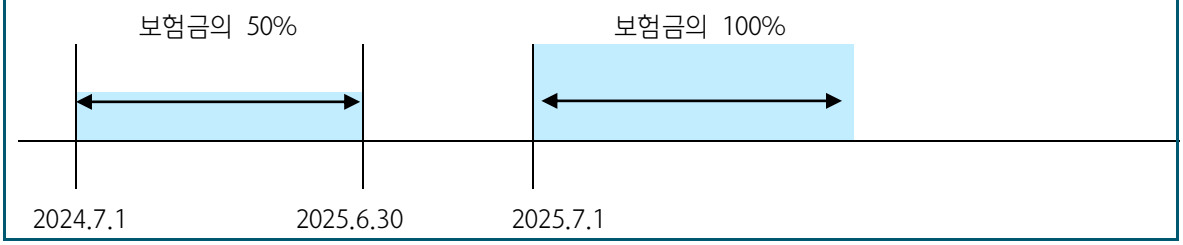
계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일

① '암'으로 진단 확정시

암보장개시일: 2024년 9월 29일



② ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단 확정시



③ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 ‘연간’이라 함은 계약일부터 매 1년단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 ‘암주요치료비’는 여러 번 ‘암주요치료’를 받더라도 치료별 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 수술확인서, 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

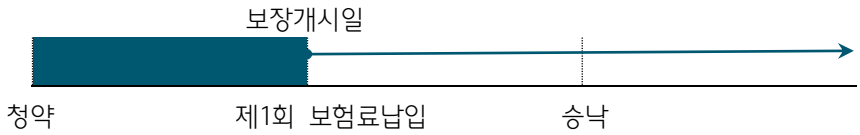
【보장개시일】
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일

2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일

(예시) 암보장개시일

2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

계약일 : 2024년 10월 1일

암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('암'등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

1. '수술' 보장계약

급부명		지급사유	지급금액
상급종합병원Ⅱ 암수술자금 (제2-2조)	상급종합병원Ⅱ 암수술자금Ⅰ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 '상급종합병원Ⅱ'에서 수술을 받았을 때 (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회 한함)	보장계약의 보험가입금액의 100%
	상급종합병원Ⅱ 암수술자금Ⅱ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 '상급종합병원Ⅱ'에서 수술을 받았을 때 (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회 한함)	보장계약의 보험가입금액의 20%

2. '항암약물치료' 보장계약

급부명		지급사유	지급금액
상급종합병원Ⅱ 항암약물 치료자금 (제2-2조)	상급종합병원Ⅱ 항암약물 치료자금Ⅰ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 '상급종합병원Ⅱ'에서 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)를 받았을 때 (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회 한함)	보장계약의 보험가입금액의 100%
	상급종합병원Ⅱ 항암약물 치료자금Ⅱ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 '상급종합병원Ⅱ'에서 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)를 받았을 때 (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회 한함)	보장계약의 보험가입금액의 20%

3. '항암방사선치료' 보장계약

급부명		지급사유	지급금액
상급종합병원Ⅱ 항암방사선 치료자금 (제2-2조)	상급종합병원Ⅱ 항암방사선 치료자금Ⅰ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 '상급종합병원Ⅱ'에서 항암방사선치료를 받았을 때 (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회 한함)	보장계약의 보험가입금액의 100%
	상급종합병원Ⅱ 항암방사선 치료자금Ⅱ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 '상급종합병원Ⅱ'에서 항암방사선치료를 받았을 때 (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회 한함)	보장계약의 보험가입금액의 20%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 이 특약의 '암'은 '기타피부암' 및 '갑상선암'을 제외한 '암'을 말합니다.
3. '연간'이라 함은 계약일부터 매 1년단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다.
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 소멸되고 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
암주요치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

13. (무)소액암진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제2편 개별사항 Ⅳ-186

제1관 용어의 정의 Ⅳ-186

제2-1조【용어의 정의】 Ⅳ-186
제2-1조의2【특약의 보험기간】 Ⅳ-186
제2-1조의3【'기타피부암' 등의 정의 및 진단확정】 Ⅳ-186
제2-1조의4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】 Ⅳ-187
제2-1조의5【'제자리암'의 정의 및 진단확정】 Ⅳ-188
제2-1조의6【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】 Ⅳ-188
제2-1조의7【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】 Ⅳ-188

제2관 보험금의 지급 등 Ⅳ-189

제2-2조【보험금의 지급사유】 Ⅳ-189
제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】 Ⅳ-189
제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】 Ⅳ-190
제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】 Ⅳ-190
제2-6조【사고증명서】 Ⅳ-190

제3관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-190

제2-7조【특약의 보장개시】 Ⅳ-190
제2-8조【피보험자의 범위】 Ⅳ-191
제2-9조【보험수익자의 지정】 Ⅳ-191
제2-10조【특약의 갱신】 Ⅳ-191
제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】 Ⅳ-192
제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】 Ⅳ-192
제2-13조【특약내용의 변경 등】 Ⅳ-192

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-192
제2-14조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-192
제2-15조【해약환급금】..... Ⅳ-192

제5관 기타사항 Ⅳ-193
제2-16조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-193

별표2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-194
별표2-2 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외) Ⅳ-195
별표2-3 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표 Ⅳ-196
별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-197

13. (무)소액암진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'기타피부암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

② '기타피부암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '기타피부암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성

악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

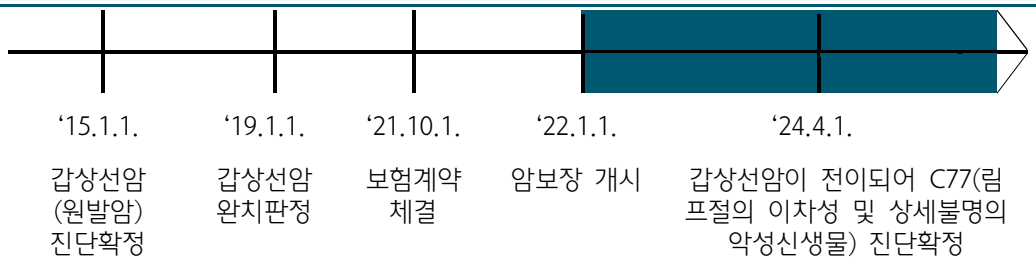
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

제2-1조의4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증 갑상선암'은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, '갑상선암'이라 합니다) 중 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 갑상선암에 해당하지 않습니다.

② 이 특약에 있어서 '중증 이외 갑상선암'이라 함은 갑상선암에 해당하는 질병 중 '중증 갑상선암'을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'제자리암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)('별표2-2 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만 제2-1조의7('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표('별표2-3 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

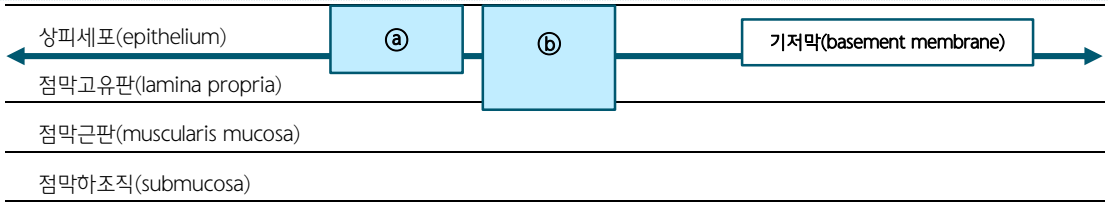
② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



ⓐ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우

ⓑ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '대장점막내암'의 진단확정 시점은 상

기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '대장점막내암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암', '중증 이외 갑상선암', '제자리암', '경계성종양' 또는 '대장점막내암'으로 진단 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 소액암 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 각각 최초 1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 진단시 진단자금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

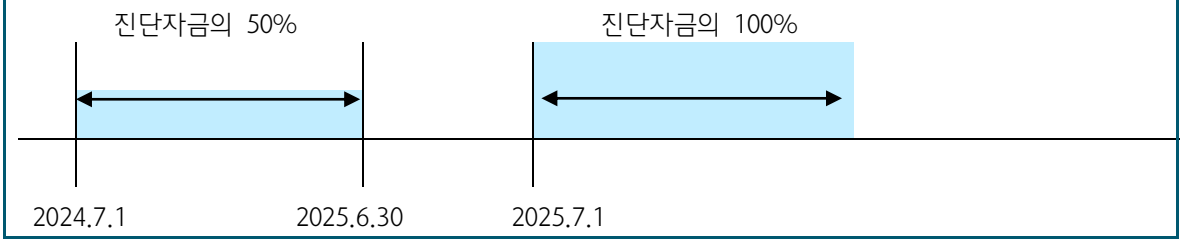
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고 그 후에 '기타피부암', '중증 이외 갑상선암', '제자리암', '경계성종양' 또는 '대장점막내암'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 소액암 진단자금을 지급합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 '기타피부암', '중증 이외 갑상선암', '제자리암', '경계성종양' 또는 '대장점막내암' 이외의 암으로 진단확정받은 후 해당 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이되어 '기타피부암', '중증 이외 갑상선암', '제자리암', '경계성종양' 또는 '대장점막내암'으로 진단되는 경우 소액암 진단자금은 지급하지 않습니다.

⑤ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

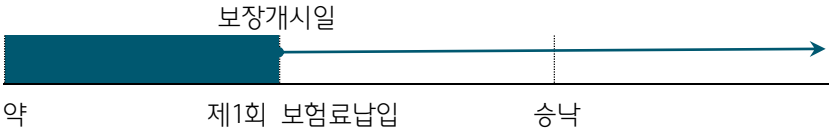
• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

청약 승낙

제1회 보험료 납입

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	납입기간 이내
2	20,000	0	(2024.1.1~2033.12.31)

:	:	:	해약환급금 없음
119	1,190,000	0	
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
소액암 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암', '중증 이외 갑상선암', '제자리암', '경계성종양' 또는 '대장점막내암'으로 진단이 확정되었을 때 (계약일부터 1년미만 진단확정시 50%지급, 각각 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자가 보장개시일 이후에 '기타피부암', '중증 이외 갑상선암', '제자리암', '경계성종양' 또는 '대장점막내암' 이외의 암으로 진단확정 받은 후 해당질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이되어 '기타피부암', '중증 이외 갑상선암', '제자리암', '경계성종양' 또는 '대장점막내암'으로 진단되는 경우 소액암 진단자금을 지급하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '제자리암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '제자리암'의 해당 여부를 판단합니다.

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '제자리암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제6조('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.

별표2-3 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 '경계성종양'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당 여부를 판단합니다.

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 '9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물'에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다

별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
소액암 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

14. (무)암(갑상선암, 전립선암 제외)다빈치로봇수술특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 2 편 개별사항 Ⅳ-200

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-200

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-200

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-200

제 2-1 조의 3【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-200

제 2-1 조의 4【'수술'의 정의와 장소】..... Ⅳ-202

제 2-1 조의 5【'다빈치로봇 수술'의 정의】..... Ⅳ-203

제 2-1 조의 6【법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경】..... Ⅳ-203

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-204

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-204

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-204

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-205

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-205

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-205

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-206

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-206

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-207

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-207

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-208

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-208

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-208

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-209

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-209
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-209
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-209

제 5 관 기타사항 Ⅳ-209
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-209

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-210
별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표Ⅱ(갑상선암 및 전립선암 제외) Ⅳ-211
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-213

14. (무)암(갑상선암, 전립선암 제외)다빈치로봇수술특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)으로 특약의 보험기간과 동일한 기간을 말합니다.

나. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

다. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표Ⅱ(갑상선암 및 전립선암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표Ⅱ(갑상선암 및 전립선암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 분류번호 C61(전립선의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병
3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

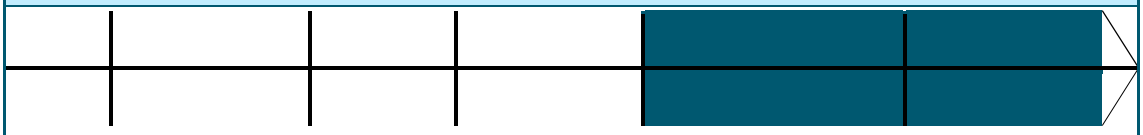
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 갑상선암에 해당하지 않습니다.

③ 이 특약에 있어서 '전립선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 갑상선암에 해당하지 않습니다.

④ '암', '갑상선암' 및 '전립선암' 의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[단, 갑상선암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '암', '갑상선암' 및 '전립선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '갑상선암' 및 '전립선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'은 의료기관의 의사에 의하여 '암'(갑상선암 및 전립선암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 의료기관에서 의사의 관리하에 '암'(갑상선암 및 전립선암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시 에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊)목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢),복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등)은 제외합니다.

【절단(切斷)】

특정부위를 잘라 내는 것

【절제(切除)】

특정부위를 잘라 없애는 것

【흡인(吸引)】

주사기 등으로 빨아들이는 것

【천자(穿刺)】

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

③ '항암방사선치료' 및 '항암약물치료'는 제1항의 수술에서 제외합니다.

【항암방사선치료】

'항암방사선치료'라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【항암약물치료】

'항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 방법을 말합니다.

제2-1조의5【'다빈치로봇 수술'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '다빈치로봇 수술'이라 함은 '암'(갑상선암 및 전립선암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 진료행위코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기da Vinciⓡ	QZ961

② 제1항의 '다빈치로봇 수술'로 분류되는 진료행위코드는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위코드 기준을 따르며, 이 특약을 체결한 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정 등 진료행위코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 이 특약에서 보장하는 '다빈치로봇 수술' 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 '다빈치로봇 수술' 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 진료행위코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지 상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 '다빈치로봇 수술'을 받은 것으로 봅니다.

【다빈치로봇 수술】

다빈치로봇 수술이란, 암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술 도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

【다빈치(da Vinci) 기기】

다빈치 기기(da Vinci)란 환자의 몸 안에 삽입되는 로봇을 말하며 집도의의 원격 조정에 의해 시술자의 손처럼 움직여서 수술을 수행하는 수술 로봇을 말합니다.

제2-1조의6【법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경】

① '다빈치로봇 수술'이 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 및 관련 법령 등의 개정에 따라 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도의 변경으로 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우

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

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 특약의 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 특약의 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 피보험자가 '암'(갑상선암 및 전립선암 제외)으로 진단확정되고 그 '암'(갑상선암 및 전립선암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇수술을 받았을 때 보험수익자에게 약정한 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)다빈치로봇수술비'(별표2-1 "보험금 지급기준표" 참조)를 지급하여 드립니다. (다만 최초1회에 한하며, 최초계약의 계약일로부터 180일 경과 이내에 수술시 25%, 1년미만에 수술시 50%를 지급합니다.)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자에게 암보장개시일 이후 최초계약의 계약일로부터 180일 경과 이내에 보험금 지급사유 발생시에는 보험가입금액의 25%만 지급하고, 최초계약의 계약일 이후 180일 경과시점부터 1년 미만(최초계약의 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를

말합니다)에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험가입금액의 50%만 지급합니다. 다만, 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

【예시】

최초계약일: 2024년 7월 1일

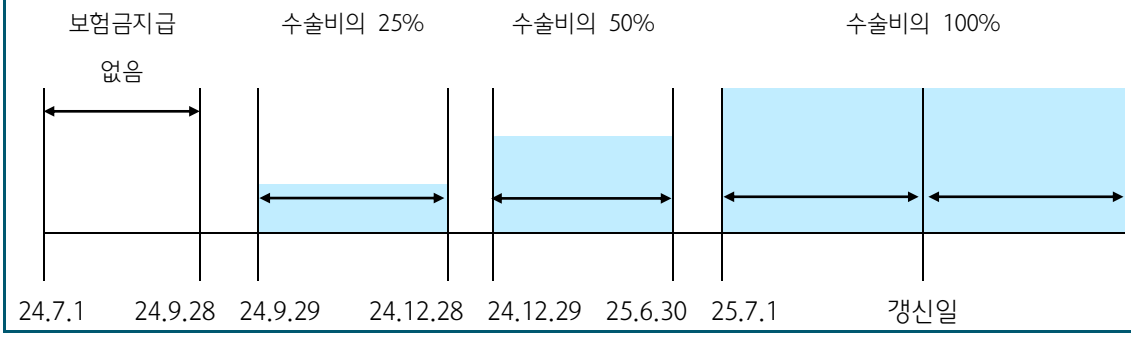
암보장개시일: 2024년 9월 29일

최초계약의 계약일로부터 181일 미만 시점: 2024년 12월 28일

최초계약의 계약일로부터 181일 이상 시점: 2024년 12월 29일

최초계약의 계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

최초계약의 계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료비세부내역서['건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)' 필수 기재], 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

【행위코드】

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

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

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의3(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일 은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일

(예시) 암보장개시일 (최초계약 기준)
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 갱신전 특약의 보험기간 중 보험료 납입이 면제된 이후에 본 조에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제1-12조(특약의 소멸) 및 제2-11조("특약의 소멸"에 대한 특칙)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
4. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑦ 갱신계약의 보험가입금액 및 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 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. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액	
암(갑상선암, 전립선암 제외) 다빈치로봇수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'으로 진단확정 되고 그 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇수술을 받았을 때 (최초 1 회한)	최초계약의 계약일로부터 180일 경과이내	특약 보험가입금액의 25%
		최초계약의 계약일로부터 181일 이상 ~ 1년 미만	특약 보험가입금액의 50%
		최초계약의 계약일로부터 1년 이상	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 갱신전 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
3. 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표Ⅱ(갑상선암 및 전립선암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	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. 음경의 악성신생물(암)	C60
11. 고환의 악성신생물(암)	C62
12. 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성신생물(암)	C63
13. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
14. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
15. 부신의 악성신생물(암)	C74
16. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
17. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
18. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
19. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
20. 진성 적혈구 증가증	D45
21. 골수 형성이상 증후군	D46
22. 만성 골수증식 질환	D47.1
23. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
24. 골수섬유증	D47.4
25. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
암(갑상선암, 전립선암 제외) 다빈치로봇수술비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

15. (무)암다빈치로봇수술특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 2 편 개별사항 Ⅳ-216

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-216

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-216

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-216

제 2-1 조의 3【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-216

제 2-1 조의 4【'수술'의 정의와 장소】..... Ⅳ-218

제 2-1 조의 5【'다빈치로봇 수술'의 정의】..... Ⅳ-219

제 2-1 조의 6【법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경】..... Ⅳ-219

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-220

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-220

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-220

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-221

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-221

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-221

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-222

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-222

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-223

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-223

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-223

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-224

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-224

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-224

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-225

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-225

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-225

제 5 관 기타사항 Ⅳ-225

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-225

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-226

별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표Ⅱ(갑상선암 및 전립선암 제외) Ⅳ-227

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-229

15. (무)암다빈치로봇수술특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)으로 특약의 보험기간과 동일한 기간을 말합니다.

나. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

다. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표Ⅱ(갑상선암 및 전립선암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표Ⅱ(갑상선암 및 전립선암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 분류번호 C61(전립선의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병
3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

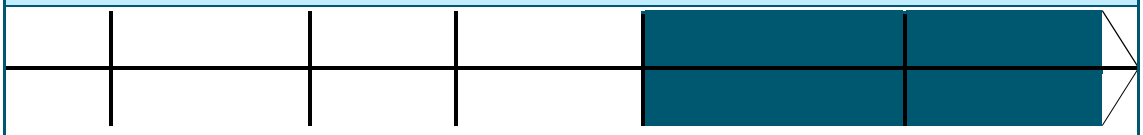
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 갑상선암에 해당하지 않습니다.

③ 이 특약에 있어서 '전립선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 갑상선암에 해당하지 않습니다.

④ '암', '갑상선암' 및 '전립선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[단, 갑상선암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '암', '갑상선암' 및 '전립선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '갑상선암' 및 '전립선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】
· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 · 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'은 의료기관의 의사에 의하여 '암', '갑상선암' 또는 '전립선암'의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 의료기관에서 의사의 관리하에 '암', '갑상선암' 또는 '전립선암의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시 에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊)목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢),복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등)은 제외합니다.

【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자(穿刺)】
바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
【신의료기술평가위원회】
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다. **<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>**

③ '항암방사선치료' 및 '항암약물치료'는 제1항의 수술에서 제외합니다.

【항암방사선치료】
'항암방사선치료'라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암','갑상선암', '전립선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【항암약물치료】

'항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암', '갑상선암', '전립선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 방법을 말합니다.

제2-1조의5【'다빈치로봇 수술'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '다빈치로봇 수술'이라 함은 '암', '갑상선암' 또는 '전립선암'의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 진료행위코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

진료행위명칭	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기da Vinciⓡ	QZ961

② 제1항의 '다빈치로봇 수술'로 분류되는 진료행위코드는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위코드 기준을 따르며, 이 특약을 체결한 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정 등 진료행위코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 이 특약에서 보장하는 '다빈치로봇 수술' 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 '다빈치로봇 수술' 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 진료행위코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지 상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 '다빈치로봇 수술'을 받은 것으로 봅니다.

【다빈치로봇 수술】

다빈치로봇 수술이란, 암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술 도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

【다빈치(da Vinci) 기기】

다빈치 기기(da Vinci)란 환자의 몸 안에 삽입되는 로봇을 말하며 집도의의 원격 조정에 의해 시술자의 손처럼 움직여서 수술을 수행하는 수술 로봇을 말합니다.

제2-1조의6【법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경】

① '다빈치로봇 수술'이 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 및 관련 법령 등의 개정에 따라 보험금 지급기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도의 변경으로 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우

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

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 특약의 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 특약의 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암', '갑상선암' 또는 '전립선암' 으로 진단확정되고 그 '암', '갑상선암' 또는 '전립선암'의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 수술을 받았을 때 보험수익자에게 약정한 암다빈치로봇수술비(별표2-1 "보험금 지급기준표" 참조)를 지급하여 드립니다. (다만 최초1회에 한하며, 최초계약의 계약일로부터 180일 경과 이내에 수술시 25%, 1년미만에 수술시 50%를 지급합니다.)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자에게 암보장개시일 이후 최초계약의 계약일로부터 180일 경과 이내에 보험금 지급사유 발생시에는 보험가입금액의 25%만 지급하고, 최초계약의 계약일 이후 180일 경과시점부터 1년 미만(최초계약의 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험가입금액의 50%만 지급합니다. 다만, 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

【예시】

최초계약일: 2024년 7월 1일

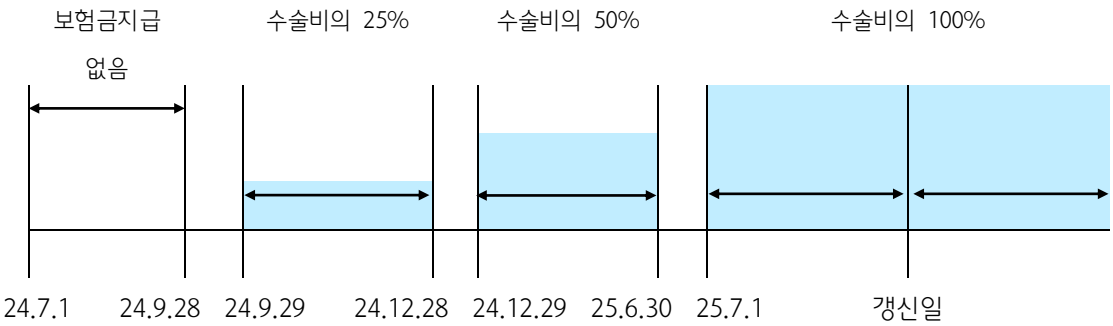
암보장개시일: 2024년 9월 29일

최초계약의 계약일로부터 181일 미만 시점: 2024년 12월 28일

최초계약의 계약일로부터 181일 이상 시점: 2024년 12월 29일

최초계약의 계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

최초계약의 계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료비세부내역서['건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)' 필수 기재], 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

【행위코드】

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

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

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

② 제1항의 규정에도 불구하고 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 '암', '갑상선암' 및 '전립선암'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일

(예시) 암보장개시일 (최초계약 기준)
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 갱신전 특약의 보험기간 중 보험료 납입이 면제된 이후에 본 조에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제1-12조(특약의 소멸) 및 제2-11조("특약의 소멸"에 대한 특칙)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
4. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑦ 갱신계약의 보험가입금액 및 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일 전일 이전에 '암', '갑상선암' 또는 전립선암으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 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. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액	
암다빈치로봇수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암', '갑상선암' 또는 '전립선암'으로 진단확정 되고 그 '암', '갑상선암' 또는 '전립선암'의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇수술을 받았을 때 (최초 1회한)	최초계약의 계약일로부터 180일 경과이내	특약 보험가입금액의 25%
		최초계약의 계약일로부터 181일 이상 ~ 1년 미만	특약 보험가입금액의 50%
		최초계약의 계약일로부터 1년 이상	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 갱신전 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
3. 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표Ⅱ(갑상선암 및 전립선암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	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. 음경의 악성신생물(암)	C60
11. 고환의 악성신생물(암)	C62
12. 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성신생물(암)	C63
13. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
14. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
15. 부신의 악성신생물(암)	C74
16. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
17. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
18. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
19. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
20. 진성 적혈구 증가증	D45
21. 골수 형성이상 증후군	D46
22. 만성 골수증식 질환	D47.1
23. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
24. 골수섬유증	D47.4
25. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
암다빈치로봇수술비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

16. (무)암산정특례대상보장특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-232

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-232

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-232

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-232

제 2-1 조의 3【'중증질환자(암) 산정특례대상'의 정의】..... Ⅳ-232

제 2-1 조의 4【'중증질환자(암) 산정특례대상 질병'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-233

제 2-1 조의 5【'중증질환자(암) 산정특례 신규암 등록'의 정의】..... Ⅳ-233

제 2-1 조의 6【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... Ⅳ-233

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-234

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-234

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-234

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-235

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-235

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-235

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-236

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-236

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-237

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-237

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-237

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-237

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-237

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-238

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-238
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-238
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-238

제 5 관 기타사항 Ⅳ-239
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-239

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-240
별표 2-2 본인일부부담금 산정특례 암의 상병 Ⅳ-241
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-242

16. (무)암산정특례대상보장특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암산정특례보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'중증질환자(암) 산정특례대상'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '중증질환자(암) 산정특례대상'이라 함은 보건복지부에서 고시하는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2024-275호, 2025.1.1 시행)」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 "본인일부부담금 산정특례 암의 상병"('별표2-2 본인일부부담금 산정특례 암의 상병' 참조, 이하 '중증질환자(암) 산정특례대상 질병'이라 함)으로 진료를 받은 경우	V193

② 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 이후 이 약관에서 보장하는 '중증질환자(암) 산정특례대상' 해당여부는 당시 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 판단합니다.

③ 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】
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 입원진료 시 본인부담률을 경감해주는 제도

【중증질환자(암) 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- "중증질환자(암) 산정특례대상"에 해당하는 사람은 의사가 중증질환자(암) 산정특례대상 질환으로 확진한 경우 '건강보험 산정특례 등록 신청서'를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증질환자 암질환의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함)이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.

제2-1조의4【'중증질환자(암) 산정특례대상 질병'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증질환자(암) 산정특례대상 질병'이라 함은 제2-1조의3('중증질환(암) 산정특례대상'의 정의)의 의한 질병을 말합니다.

② '중증질환자(암) 산정특례대상 질병'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증질환자(암) 산정특례대상 질병'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

제2-1조의5【'중증질환자(암) 산정특례 신규암 등록'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '중증질환자(암) 산정특례 신규암 등록'이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 '신규암'으로 '중증질환자(암) 산정특례대상'에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

② '신규암'이라 함은 제1항에 따라 제출한 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 '신규암'으로 표기된 경우를 말합니다.

제2-1조의6【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음의 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 '중증질환자(암) 산정특례대상' 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 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 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암산정특례보장개시일 이후에 '중증질환자(암) 산정특례 신규암 등록'되었을 때 보험수익자에게 약정한 암 산정특례 보장자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 최초 1회에 한합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'

(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 암 산정특례 보장자금은 '중증질환자(암) 산정특례 신규암 등록'이 된 날을 기준으로 합니다.

③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생하였으나, 보험금을 청구하지 않고 피보험자 사망 이후 보험금을 청구한 경우에도 해당 보험금을 지급합니다.

④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암산정특례보장개시일 이후에 "중증질환자(암) 산정특례 신규암 등록" 신청을 완료하였으나, 등록이 완료되지 않은 상태에서 이 특약의 보험기간이 끝난 경우에는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 산정특례 등록이 완료된 경우 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증질환자(암) 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 산정특례 보장자금의 지급대상에 해당하지 않습니다.

⑥ 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조에 의한 산정특례 재등록의 경우에는 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 산정특례 보장자금의 지급대상에 해당하지 않습니다.

【중증질환자(암) 산정특례 재등록】

· 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)

· 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간(5년) 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 암환자는 산정특례 종료예정일 3개월 전부터 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

· 암 재등록 시에도 암 산정특례 기준을 충족해야 하며, 등록기준 미충족 시에는 등록기준 예외 적용기준을 충족하는 경우에만 재등록 가능합니다.

⑦ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드, 특정기호, 산정특례 적용기간 등 포함), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비세부내역서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

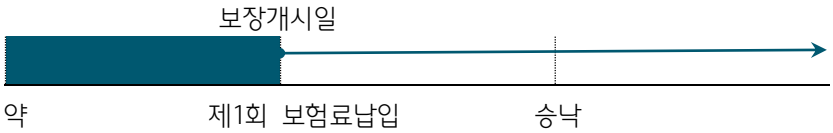
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 '중증질환자(암) 산정특례대상'에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)로부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장합니다.

【보장개시일, 암산정특례보장개시일 예시】

보장개시일과 암산정특례보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일

2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일

(예시) 암산정특례보장개시일

2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

계약일 : 2024년 10월 1일

암산정특례보장개시일: 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암산정특례보장개시일의 전일 이전에 '중증질환자(암) 산정특례대상'으로 등록된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
암 산정특례 보장자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암산정특례보장개시일 이후에 '중증질환자(암) 산정특례 신규암 등록'되었을 때(최초 1회한)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 암산정특례보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 암산정특례보장개시일 전일 이전에 '중증질환자(암) 산정특례대상'으로 등록된 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 본인일부부담금 산정특례 암의 상병

약관에서 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 암의 상병"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당여부를 판단합니다.

상병명	상병코드
1. 악성신생물(암)	C00 ~ C97
2. 제자리신생물	D00 ~ D09
3. 수막의 양성 신생물	D32
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
5. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37 ~ D48

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
암 산정특례 보장자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

17. (무)암수술특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-245

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-245

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-245

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-245

제 2-1 조의 3【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-245

제 2-1 조의 4【'제자리암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-246

제 2-1 조의 5【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-247

제 2-1 조의 6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-247

제 2-1 조의 7【'수술'의 정의와 장소】..... Ⅳ-248

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-249

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-249

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-249

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-250

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-250

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-250

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-250

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-250

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-251

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-251

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-252

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-252

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-252

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-252

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-253
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-253
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-253

제 5 관 기타사항 Ⅳ-254
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-254

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-255
별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) Ⅳ-256
별표 2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외) Ⅳ-258
별표 2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표 Ⅳ-259
별표 2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-260

17. (무)암수술특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 계약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
3. 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

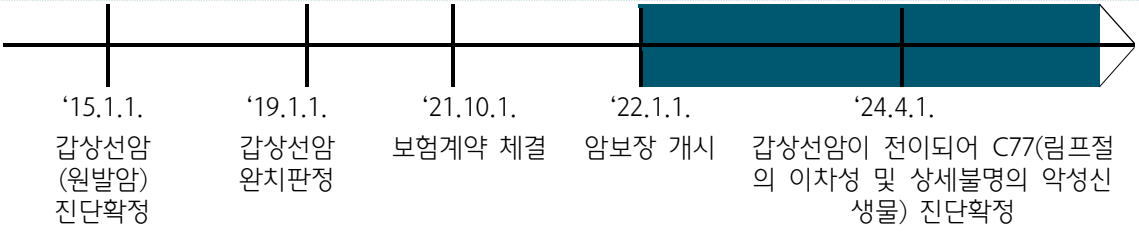
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후 이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[단, '갑상선암'의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'제자리암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)('별표2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만 제

2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】

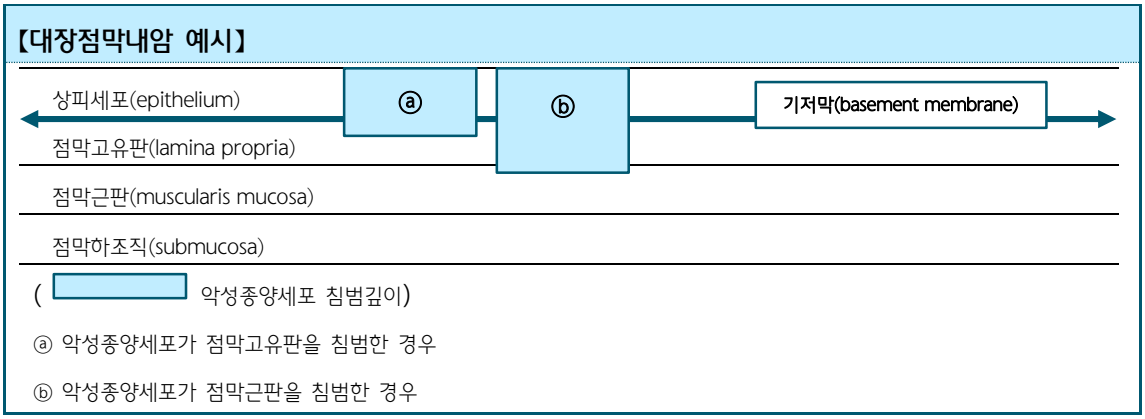
① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표('별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'은 의료기관에서 의사에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 "수술"이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시 에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊)목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢),복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등)은 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다. **<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>**
【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아 들이는 것
【천자(穿刺)】
바늘 또는 관을 꽂아 체액, 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

③ '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제1항 및 제2항에서 정한 수술에서 제외됩니다.

【항암방사선치료】
'항암방사선치료'라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 대장점막내암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
【항암약물치료】
'항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 대장점막내암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 방법을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다만, 1년미만 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암 또는 보장개시일 이후에 대장점막내암으로 진단 확정되고 암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 : 암수술자금 I
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 : 암수술자금 II

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 암보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

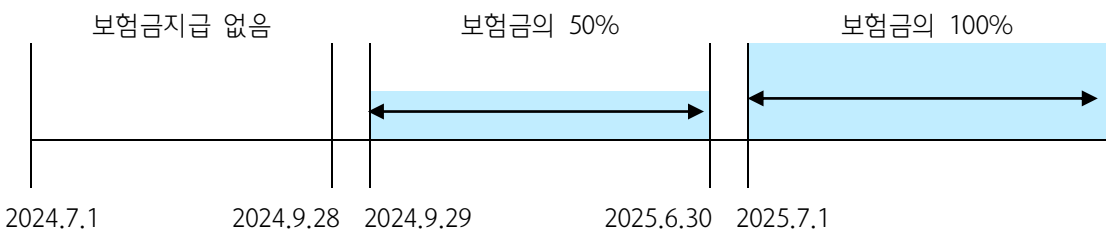
계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일

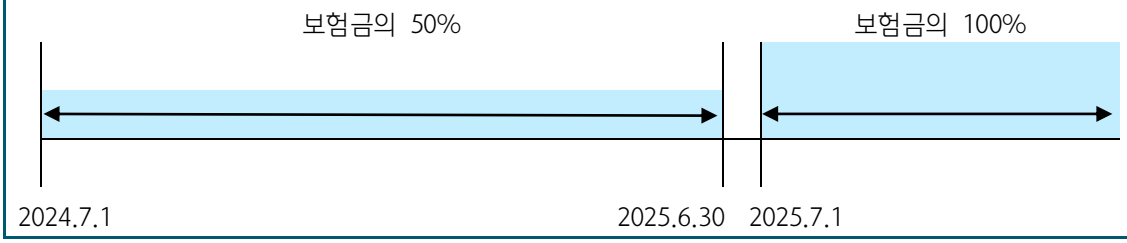
① '암'으로 진단 확정시

암보장개시일: 2024년 9월 29일



② ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단 확정시

보장개시일: 2024년 7월 1일



③ 제2-1조의3(‘암’ 등의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 및 갑상선암으로 보험금지급사유가 발생한 경우 암수술자금Ⅱ를 지급하고 암수술자금Ⅰ을 지급하지 않습니다.

④ 대장점막내암으로 보험금지급사유가 발생한 경우에는 암수술자금Ⅰ을 지급하고 제자리암에 해당하는 암수술자금Ⅱ를 지급하지 않습니다.

⑤ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일

2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일

(예시) 암보장개시일

2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

계약일 : 2024년 10월 1일

암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3('암'등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른

해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급

금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명		지급사유	지급금액
암수술자금 (제2-2조)	암 수술자금Ⅰ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때(계약일부터 1년미만에 지급사유 발생시 50%지급, 수술 1회당)	특약 보험가입금액의 100%
	암 수술자금Ⅱ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때(계약일부터 1년미만에 지급사유 발생시 50%지급, 수술 1회당)	특약 보험가입금액의 30%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
2. 항암방사선치료 및 항암약물치료는 암수술자금이 지급되지 않습니다.
3. C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 따라서, 기타피부암, 갑상선암, 유방암 및 남녀생식기암 등이 전이되어 이차성암으로 진단받는 경우에도 보장여부를 원발부위 기준으로 분류합니다.
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의6(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '제자리암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리암의 해당 여부를 판단합니다.

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '제자리암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.

별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 '경계성종양'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당 여부를 판단합니다

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구 증후군](D47.5)은 '9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물'에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
암수술자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

18. (무)암주요치료(항암호르몬약물)특약(연간1회)(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-263

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-263

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-263

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-263

제 2-1 조의 3【'암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-263

제 2-1 조의 4【'항암약물치료'의 정의】..... Ⅳ-264

제 2-1 조의 5【'항암호르몬치료제' 및 '항암호르몬약물치료'의 정의】..... Ⅳ-265

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-266

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-266

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-266

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-268

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-268

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-268

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-269

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-269

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-270

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-270

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-270

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-271

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-271

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-271

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-271
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-271
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-271

제 5 관 기타사항 Ⅳ-273
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-273

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-274
별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) Ⅳ-275
별표 2-3 특정항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명..... Ⅳ-277
별표 2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... Ⅳ-280

18. (무)암주요치료(항암호르몬약물)특약(연간1회)(간편심사형) 약관 (해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일:** 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암))을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

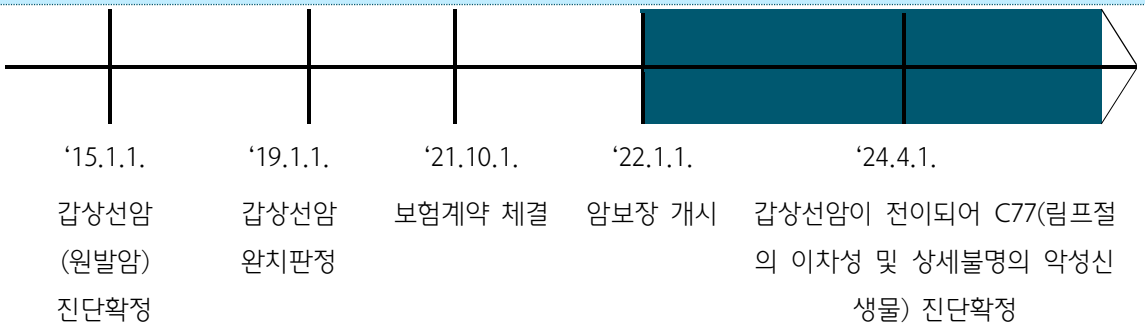
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후 이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'항암약물치료'의 정의】

'항암약물치료'라 함은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 단, 항암면역요법이란 면역

기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

【‘항암화학요법’】

‘항암화학요법’이라 함은 암을 치료하기 위하여 항암제를 사용하는 것으로, 이러한 약물들은 암 세포의 성장을 방해하거나 분열을 억제하고 암세포의 사멸을 유도합니다.

【‘항암면역요법’】

‘항암면역요법’이라 함은 인체에 자연적으로 존재하는 면역기능을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

제2-1조의5【’항암호르몬치료제’ 및 ‘항암호르몬약물치료’의 정의】

① 이 특약에 있어서 ‘항암호르몬치료제’란 식품의약품안전처 예규 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【‘항암호르몬치료제’ 해당 의약품명 및 성분명 안내】

항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 기재하고 있으니(‘별표2-3 특정항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명’ 참조), 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 ‘항암호르몬약물치료’라 함은 제2-1조의4(‘항암약물치료’의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 ‘항암호르몬치료제’를 ‘안전성과 유효성 인정 범위’에서 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 한함)’으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료 전문가들로 구성된 의원회를 말합니다.

【’안전성과 유효성 인정 범위’ 확인 방법】

- 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 확인

: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색

- 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) – 의료정보 – 의약품정보 – 암질환사용 약제 및 요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 항암호르몬치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '항암호르몬치료제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고, 그 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암호르몬약물치료를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 항암호르몬약물치료비('별표 2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. (계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 50%지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

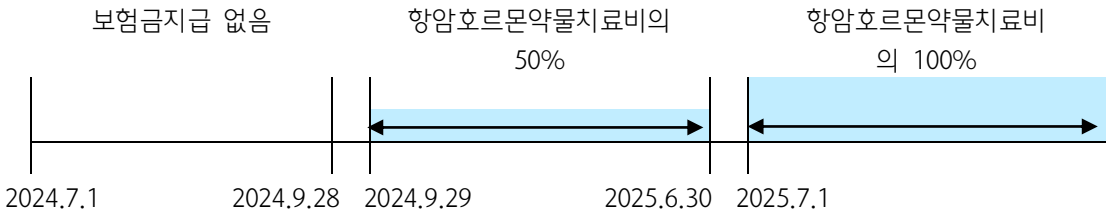
제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 암보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일
암보장개시일: 2024년 9월 29일
계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일
계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '보험연도'란 당해연도 연계약해당일부터 차년도 연계약해당일 전일까지 매 1년단위의 연도를 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【'보험연도' 예시】

계약일이 2024년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.

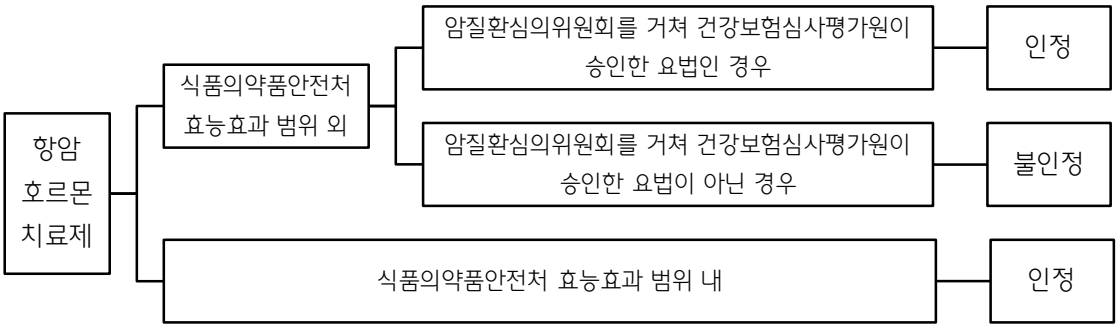
【해당연도에 계약해당일이 없는 경우 예시】

최초계약일이 2024년 2월 29일인 경우, 2025년의 계약해당일은 2025년 2월 28일로 함
⇒ 2025년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 계약해당일로 함

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '항암호르몬약물치료비'는 여러 번 '항암호르몬약물치료'를 받더라도 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 이때 '연간'이라 함은 계약일부터 매 1년단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '항암호르몬약물치료비'는 '항암호르몬치료제'를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 효능효과 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.

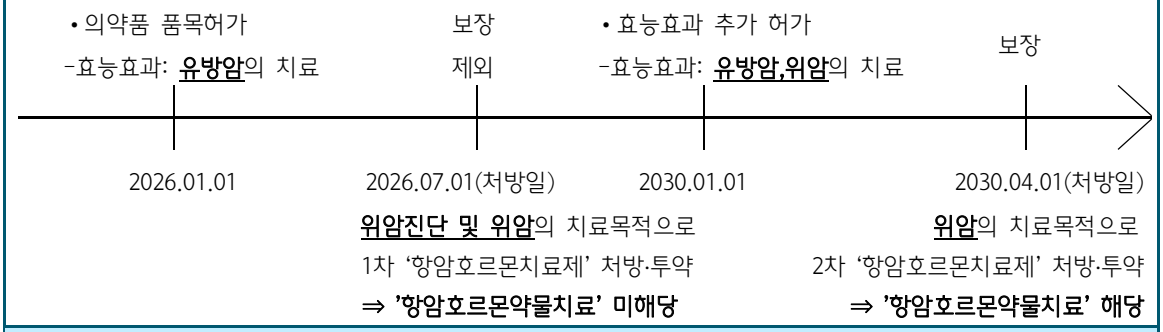
【항암호르몬치료제의 '안전성과 유효성 인정 범위']



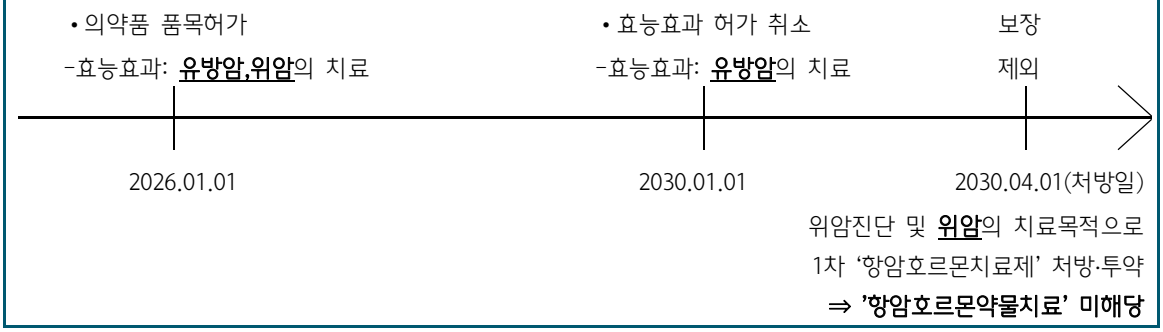
⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '항암호르몬약물치료를 받았을 때'는 '항암호르몬치료제'를 처방받고

약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초 처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2-1조의5('항암호르몬치료제' 및 '항암호르몬약물치료'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 인정범위' 변경(추가) 예시 : 의약품의 '효능효과' 추가 허가】



【'안전성과 유효성 인정범위' 변경(삭제) 예시 : 의약품의 '효능효과' 허가 취소】



⑦ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 항암호르몬약물치료 증명서, 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 항암호르몬약물치료 증명서는 다음의 서류를 말합니다.

1. 항암호르몬약물치료 진단서 또는 항암호르몬약물치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

가. 진단명

나. 투약한 약제의 제품명

다. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

라. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법' 사용 여부

2. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

③ 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

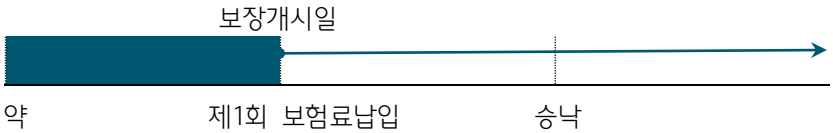
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3(‘암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
항암호르몬약물치료비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암호르몬약물치료를 받았을 때 (계약일부터 1년 미만 보험금 지급사유 발생시 50%지급, 연간 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
2. '연간'이라 함은 계약일부터 매 1년단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다.
3. '항암호르몬약물치료비'는 '항암호르몬치료제'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 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
4. '항암호르몬약물치료를 받았을 때'는 '항암호르몬치료제'를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초 처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2-1조의5('항암호르몬치료제' 및 '항암호르몬약물치료'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.
5. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 소멸되고 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암))을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표2-3 특정항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명

① 아래 '항암호르몬치료제' 해당 의약품명 및 성분명은 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 '항암호르몬치료제' 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과, 용법용량 등의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 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. '항암호르몬치료제' 해당 여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론 abiraterone	자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아나스트로졸 anastrozole	에이덱스정(아나스트로졸)
		아리미덱스정(아나스트로졸)
		테바아나스트로졸정1밀리그램
		아나스토정(아나스트로졸)
3	비칼루타미드 bicalutamide	카소덱스정(비칼루타마이드)
		비카루드정(비칼루타미드)
		칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드)
		칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드)
		비카소정(비칼루타미드)
		카덱스정(비칼루타미드)
		카소비트정(비칼루타미드)
		프로세이드정(비칼루타미드)
		프로카덱스정(비칼루타마이드)
		프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드)

		테바비칼루타마이드정50밀리그램
		피엠에스비칼루타미드정50밀리그램(비칼루타미드(미분화))
4	다로루타마이드 Darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타마이드)
5	데가렐릭스 degarelix	퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스)
		퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
6	엔잘루타마이드 Enzalutamide	엑스탄디연질캡슐40mg(엔잘루타마이드)
7	에스트라머스틴 stramustine	에스트라시트캡슐140밀리그램(에스트라머스틴인산나트륨수화물)
8	엑스메스탄 Exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
9	풀베스트란트 Fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트)
10	고세렐린 goserelin	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염)
		졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
11	레트로졸 Letrozole	페마라정(레트로졸)
		레나라정(레트로졸)
		레트로보정2.5밀리그램(레트로졸)
		페트라정(레트로졸)
		브레트라정(레트로졸)
		파누엘정2.5밀리그램(레트로졸)
		테바레트로졸정2.5밀리그램
12	류프로렐린 leuprorelin (leuprolide)	루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염)
		로렐린주사액(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
13	메드록시프로게스테론 Medroxyprogesterone	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
		프로베라정10밀리그램(메드록시프로게스테론아세테이트)
		프로베라정5밀리그램(메드록시프로게스테론아세테이트)
14	타목시펜	광동타목시펜정10밀리그램(타목시펜시트르산염)

	tamoxifen	광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스디정(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스정(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타목센정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
15	트립토렐린 triptorelin	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염)
		데카펩틸주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염)
		디페렐린피알3.75밀리그람주(초산트립토렐린)
		디페렐린피알주11.25밀리그람(파모산트립로렐린)
		디페렐린에스알주22.5밀리그램(트립토렐린파모산염)
16	메게스트롤 Megestrol	메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트)
		메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트)
		네옥시아현탁액(메게스트롤아세테이트)
		대원메게스트롤이에스현탁액(메게스트롤아세테이트)
		대원메게스트롤아세테이트현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게시아현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게이스내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게이스에프내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게이트현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게프로현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메제트롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
		비씨메게스트롤현탁액(초산메게스트롤)
		애피트롤내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		애피트롤이에스내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		제이트롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
17	아팔루타마이드 Apalutamide	얼리다정(아팔루타마이드)

별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
항암호르몬약물치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

19. (무)암주요치료특약(치료별 연간1회)(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-283

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-283

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-283
제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-283
제 2-1 조의 3【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-283
제 2-1 조의 4【'암주요치료'의 정의】..... Ⅳ-285
제 2-1 조의 5【'수술'의 정의와 장소】..... Ⅳ-285
제 2-1 조의 6【'항암약물치료'의 정의】..... Ⅳ-286
제 2-1 조의 7【'항암방사선치료'의 정의】..... Ⅳ-287

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-287

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-287
제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-288
제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-289
제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-289
제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-289

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-289

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-289
제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-290
제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-290
제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-291
제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-291
제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-291
제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-291

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-292
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-292
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-292

제 5 관 기타사항 Ⅳ-293
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-293

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-294
별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) Ⅳ-296
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-298

19. (무)암주요치료특약(치료별 연간1회)(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】

'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

④ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'암주요치료'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '암주요치료'는 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'을 제거하거나 증식을 억제하기 위해 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의5('수술'의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
2. '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의6('항암약물치료'의 정의)에서 정한 항암약물치료(호르몬치료 제외)를 받은 경우
3. '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의7('항암방사선치료'의 정의)에서 정한 항암방사선치료를 받은 경우

② 제1항의 '암주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'을 제거하거나 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제를 이용한 치료

【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. 이외의 '암주요치료'에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

제2-1조의5【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'은 피보험자가 의료기관에서 의사에 의하여 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시 에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊)목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢),복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등)은 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>
【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아 들이는 것
【천자(穿刺)】
바늘 또는 관을 꽂아 체액, 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

③ 제2-1조의6('항암약물치료'의 정의)에서 정한 '항암약물치료'와 제2-1조의7('항암방사선치료'의 정의)에서 정한 '항암방사선치료'는 제1항 및 제2항에서 정한 수술에서 제외됩니다.

제2-1조의6【'항암약물치료'의 정의】

① '항암약물치료'라 함은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 단, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노마, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다.

【'항암화학요법'】
'항암화학요법'이라 함은 암을 치료하기 위하여 항암제를 사용하는 것으로, 이러한 약물들은 암세포의 성장을 방해하거나 분열을 억제하고 암세포의 사멸을 유도합니다.

② '항암약물치료(호르몬치료 제외)'라 함은 '항암약물치료'에서 '항암호르몬약물치료'를 제외한 치료를 말합니다.

③ '항암호르몬약물치료'라 함은 '항암약물치료' 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 '호르몬성 항암제'를 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제) 또는 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical,ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC 코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

④ 제3항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 '의약품등 분류번호에 관한 규정'의 개정에 따라 제3항 제1호의 '약효분류번호'가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑤ 제3항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제3항 제2호의 'ATC 코드'가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 'ATC 코드'를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제2-1조의7【'항암방사선치료'의 정의】

'항암방사선치료'라 함은 의료기관의 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

① 이 특약은 다음 각 호에 해당하는 3개의 보장계약(이하 '보장계약'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다음 각 호의 '암수술자금', '항암약물치료자금', '항암방사선치료자금'을 합하여 '암주요치료비'라 합니다.

1. '수술' 보장계약: 암수술자금

가. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고, 그 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 : 암수술자금Ⅰ(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고, 그 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 : 암수술자금Ⅱ (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

2. '항암약물치료' 보장계약: 항암약물치료자금

가. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고, 그 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)를 받은 경우 : 항암약물치료자금Ⅰ(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고, 그 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)를 받은 경우 : 항암약물치료자금Ⅱ (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

3. '항암방사선치료' 보장계약: 항암방사선치료자금

가. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고, 그 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 : 항암방사선치료자금 Ⅰ (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고, 그 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 : 항암방사선치료자금 Ⅱ (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50% 지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 보장계약을 동시에 가입하여야 하며, 각 보장계약별로 보험가입금액을 다르게 할 수 있습니다.

③ 제1항의 각 호에 해당하는 보장계약별 보험금 지급기준 및 보장한도 등은 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 '별표2-1 보험금 지급기준표'를 따릅니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 보장개시일('암'의 경우 암보장개시일) 이후 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 '보장계약' 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

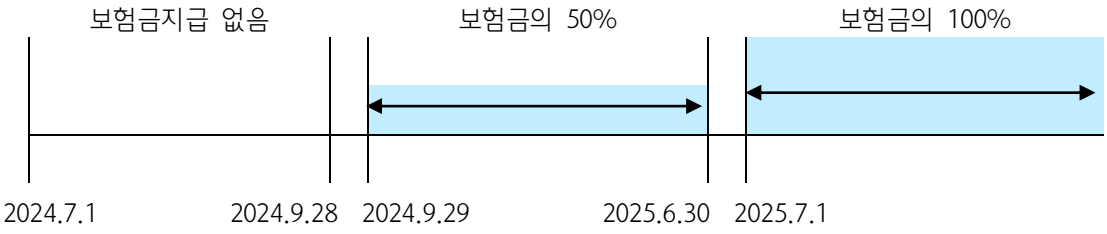
암보장개시일: 2024년 9월 29일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

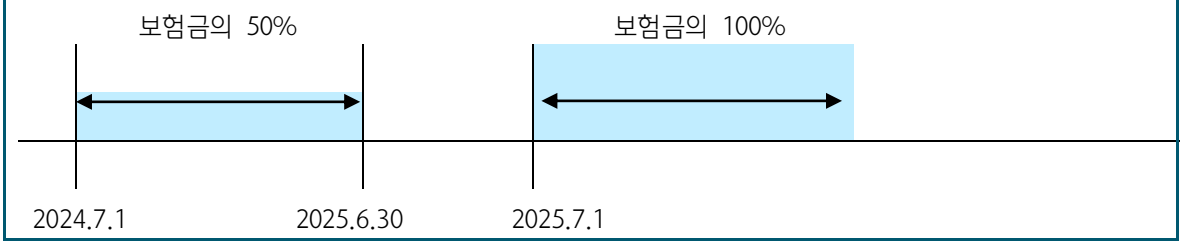
계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일

① '암'으로 진단 확정시

암보장개시일: 2024년 9월 29일



② ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단 확정시



③ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 ‘연간’이라 함은 계약일부터 매 1년단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 ‘암주요치료비’는 여러 번 ‘암주요치료’를 받더라도 치료별 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 수술확인서, 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

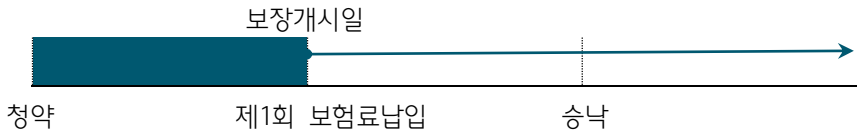
【보장개시일】
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일

2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일

(예시) 암보장개시일

2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

계약일 : 2024년 10월 1일

암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('암'등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

1. '수술' 보장계약

급부명		지급사유	지급금액
암수술자금 (제2-2조)	암수술자금 I	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회 한함)	보장계약의 보험가입금액의 100%
	암수술자금 II	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회 한함)	보장계약의 보험가입금액의 20%

2. '항암약물치료' 보장계약

급부명		지급사유	지급금액
항암약물 치료자금 (제2-2조)	항암약물 치료자금 I	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)를 받았을 때 (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회 한함)	보장계약의 보험가입금액의 100%
	항암약물 치료자금 II	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료(호르몬약물치료 제외)를 받았을 때 (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회 한함)	보장계약의 보험가입금액의 20%

3. '항암방사선치료' 보장계약

급부명		지급사유	지급금액
항암방사선치료자금(제2-2조)	항암방사선치료자금 I	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때 (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회 한함)	보장계약의 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료자금 II	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 보장개시일 이후에 '기타피부암 또는 갑상선암'으로 진단 확정되고 '기타피부암 또는 갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때 (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회 한함)	보장계약의 보험가입금액의 20%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 이 특약의 '암'은 '기타피부암' 및 '갑상선암'을 제외한 '암'을 말합니다.
3. '연간'이라 함은 계약일부터 매 1년단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다.
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 소멸되고 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
암주요치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

20. (무)암직접치료(요양병원제외)입원특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-301

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-301

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-301

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-301

제 2-1 조의 3【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-301

제 2-1 조의 4【'제자리암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-302

제 2-1 조의 5【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-303

제 2-1 조의 6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-303

제 2-1 조의 7【'입원'의 정의와 장소】..... Ⅳ-304

제 2-1 조의 8【'암의 직접적인 치료'의 정의】..... Ⅳ-304

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-305

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-305

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-305

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-306

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-307

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-307

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-307
제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-307
제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-308
제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-308
제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-309
제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-309
제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-309
제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-309

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-309
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-309
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-309

제 5 관 기타사항 Ⅳ-311
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-311

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-312
별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) Ⅳ-313
별표 2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외) Ⅳ-315
별표 2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표 Ⅳ-316
별표 2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-317

20. (무)암직접치료(요양병원제외)입원특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 계약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
3. 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

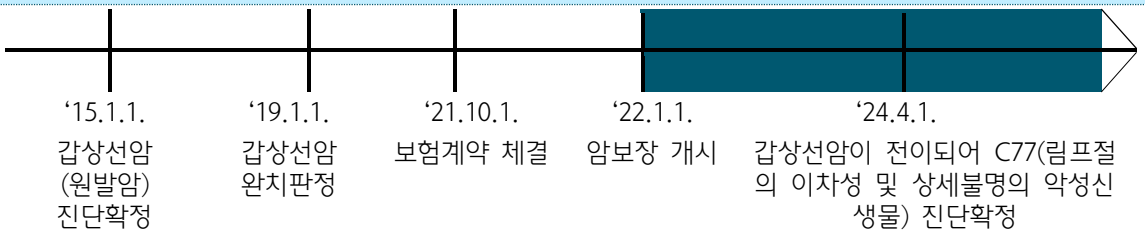
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후 이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) [단, '갑상선암'의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'제자리암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)('별표2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만 제

2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】

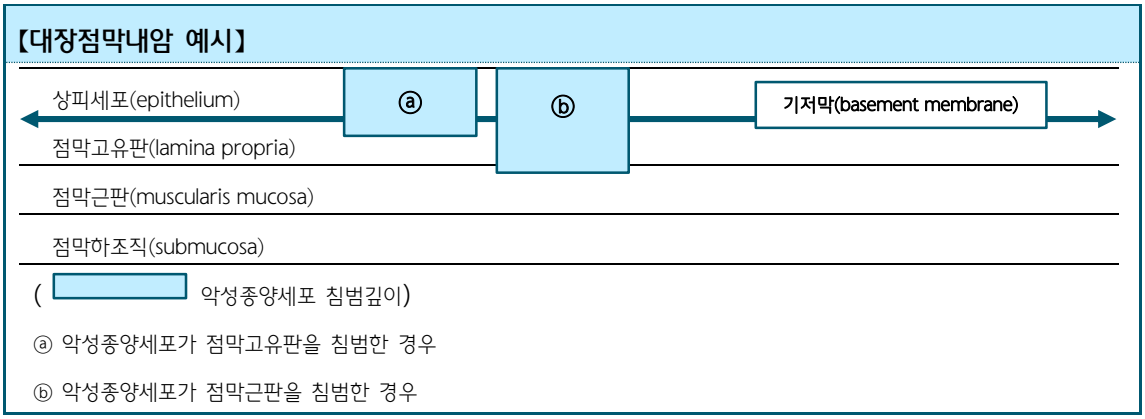
① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표('별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7【‘입원’의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 ‘입원’이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관(다만, 의료법 제3조 제2항 제3호[약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의8【‘암의 직접적인 치료’의 정의】

① ‘암의 직접적인 치료’라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 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. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암의 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 증식억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. ‘암의 제거 및 증식억제 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 제3호[약관 내 인용조문 참조]에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】
호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률
【연명의료】
임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 시행령」으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말합니다.
【연명의료 중단 등 결정】
임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항은 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’, ‘경계성종양’ 및 ‘대장점막내암’의 직접적인 치

료에도 동일하게 적용합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 또는 보장개시일 이후에 대장점막내암으로 진단 확정되고 암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 암직접치료(요양병원제외)입원비Ⅰ(입원일수 1일당, 1회 입원당 120일 한도)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 암직접치료(요양병원제외)입원비Ⅱ(입원일수 1일당, 1회 입원당 120일 한도)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

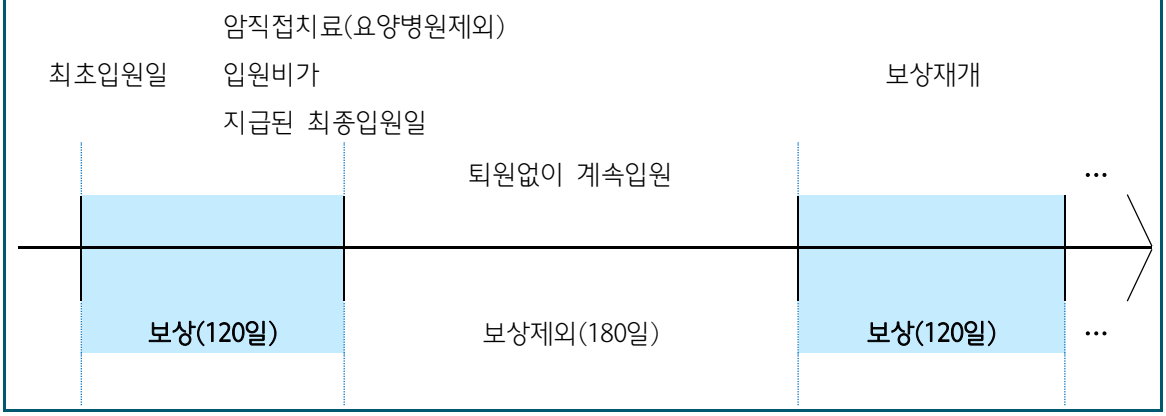
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 암직접치료(요양병원제외)입원비 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에도 해당 암직접치료(요양병원제외)입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 해당 암직접치료(요양병원제외)입원비를 지급합니다. 이 때, 암직접치료(요양병원제외)입원비는 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료(요양병원제외)입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날부터 180일이 지난 후 새로운 입원이 개시된 것으로 봅니다.

【예시】



⑤ 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항에 따라 계속 암직접치료(요양병원제외)입원비를 지급합니다. 다만, 보험기간이 끝난 후 제4항에 따라 간주된 새로운 입원의 입원기간에 대해서는 암직접치료(요양병원제외)입원비를 지급하지 않습니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 병원 또는 의원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 암직접치료(요양병원제외)입원비는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원하는 경우에는 지급하지 않습니다.

⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 암직접치료(요양병원제외)입원비를 지급하며, 암직접치료(요양병원제외)입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료(요양병원제외)입원비를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병인 경우에 한합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료(요양병원제외)입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 및 갑상선암으로 보험금지급사유가 발생한 경우 암직접치료(요양병원제외)입원비Ⅱ을 지급하고 암직접치료(요양병원제외)입원비Ⅰ을 지급하지 않습니다.

⑪ 대장점막내암으로 보험금지급사유가 발생한 경우에는 암직접치료(요양병원제외)입원비Ⅰ을 지급하고 제자리암에 해당하는 암직접치료(요양병원제외)입원비Ⅱ을 지급하지 않습니다.

⑫ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 입원증명서, 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

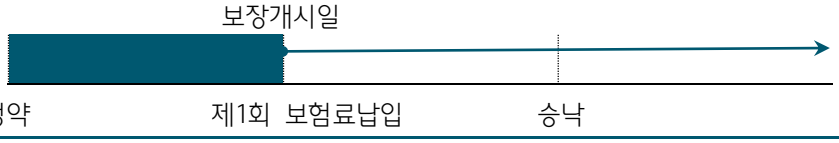
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다

제2-11조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3(‘암’등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명		지급사유	지급금액
암직접치료(요양병원 제외) 입원비(제2-2조)	암직접치료(요양병원 제외) 입원비 I	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 또는 보장개시일 이후에 대장점막내암으로 진단 확정되고 암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 120일 한도)	특약 보험가입금액의 100% (입원일수 1일당)
	암직접치료(요양병원 제외) 입원비 II	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 120일 한도)	특약 보험가입금액의 20% (입원일수 1일당)

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
2. C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 따라서, 기타피부암, 갑상선암, 유방암 및 남녀생식기암 등이 전이되어 이차성암으로 진단받는 경우에도 보장여부를 원발부위 기준으로 분류합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의6(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '제자리암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리암의 해당 여부를 판단합니다.

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '제자리암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.

별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 '경계성종양'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당 여부를 판단합니다

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구 증후군](D47.5)은 '9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물'에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
암직접치료(요양병원제외) 입원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

21. (무)암직접치료상급종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-320

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-320

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-320

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-320

제 2-1 조의 3【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-320

제 2-1 조의 4【'제자리암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-322

제 2-1 조의 5【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-322

제 2-1 조의 6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-323

제 2-1 조의 7【'암의 직접적인 치료'의 정의】..... Ⅳ-323

제 2-1 조의 8【'상급종합병원'의 정의】..... Ⅳ-324

제 2-1 조의 9【'통원'의 정의와 장소】..... Ⅳ-324

제 2-1 조의 10【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... Ⅳ-324

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-325

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-325

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-326

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-327

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-327

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-327

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-327

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-327

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-328

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-328

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-329

제 2-11 조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】 Ⅳ-329
제 2-12 조【“특약의 무효”에 대한 특칙】 Ⅳ-329
제 2-13 조【특약내용의 변경 등】 Ⅳ-329

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-330
제 2-14 조【계약자의 임의해지】 Ⅳ-330
제 2-15 조【해약환급금】 Ⅳ-330

제 5 관 기타사항 Ⅳ-331
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】 Ⅳ-331

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-332
별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) Ⅳ-333
별표 2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외) Ⅳ-335
별표 2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표 Ⅳ-336
별표 2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-337

21. (무)암직접치료상급종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
3. 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) (다만, ‘갑상선암’의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침’에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

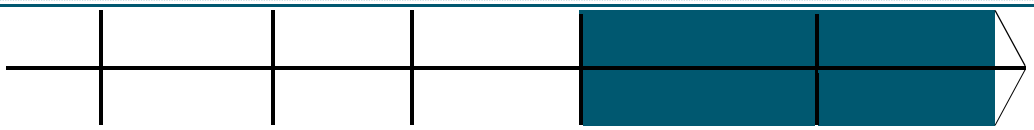
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



‘15.1.1.	‘19.1.1.	‘21.10.1.	‘22.1.1.	‘24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로,

2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

제2-1조의4【‘제자리암’의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 ‘제자리암’이라 함은 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)(‘별표2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만 제2-1조의6(‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘대장점막내암’은 제외합니다.

② ‘제자리암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【‘경계성종양’의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 ‘경계성종양’이라 함은 한국표준질병사인분류 중 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표(‘별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

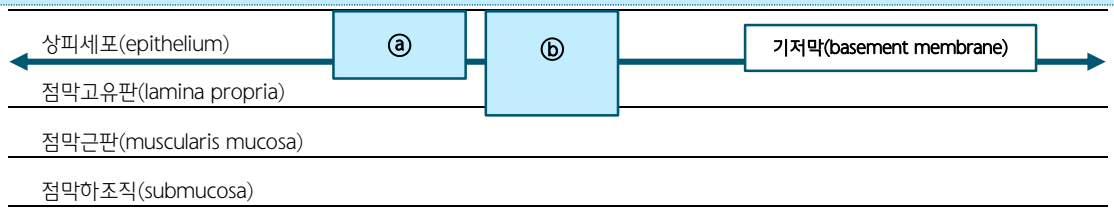
② ‘경계성종양’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 ‘경계성종양’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘경계성종양’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



ⓐ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우

ⓑ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 기초로하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7【'암의 직접적인 치료'의 정의】

① '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 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. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암의 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 증식억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. '암의 제거 및 증식억제 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 제3호[약관 내 인용조문 참조]에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항 내지 제4항은 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양' 및 '대장점막내암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용합니다.

제2-1조의8【'상급종합병원'의 정의】

이 특약에 있어서 '상급종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 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 것
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 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의9【'통원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '통원'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 '상급종합병원'에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의10【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의8('상급종합병원'의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 '상급종합병원' 지정기준 등이 폐지되는 경우

2. 법령의 개정에 따라 '상급종합병원' 제도의 변경으로 제2-1조의8('상급종합병원'의 정의)의 '상급종합병원' 지정이 불가능한 경우

【예시】

상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【계약자적립액】

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

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 또는 보장개시일 이후에 대장점막내암으로 진단 확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 : 암직접치료 상급종합병원통원비(30회한도) I (통원 1회당, 1일 1회한, 보험연도 기준 연 30회 한함)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성 종양의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 : 암직접치료 상급종합병원통원비(30회한도)Ⅱ(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양에 대한 각각 통원 1회당, 1일 1회한, 보험연도 기준 연 30회 한함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 및 갑상선암으로 보험금지급사유가 발생한 경우 암직접치료 상급종합병원통원비(30회한도)Ⅱ를 지급하고 암직접치료 상급종합병원통원비(30회한도)Ⅰ를 지급하지 않습니다.

③ 대장점막내암으로 보험금지급사유가 발생한 경우에는 암직접치료 상급종합병원통원비(30회한도)Ⅰ를 지급하고 제자리암에 해당하는 암직접치료 상급종합병원통원비(30회한도)Ⅱ를 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 '상급종합병원을 제외한 의료기관'에 통원하여 치료를 받던 중 해당 의료기관이 제2-1조의8('상급종합병원'의 정의)에서 정한 상급종합병원으로 지정되는 경우, 해당 병원의 상급종합병원 지정 적용일을 포함하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료 상급종합병원통원비(30회한도)Ⅰ 또는 암직접치료 상급종합병원통원비(30회한도)Ⅱ를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 제2-1조의8('상급종합병원'의 정의)의 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우, 해당 병원의 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료 상급종합병원통원비(30회한도)Ⅰ 또는 암직접치료 상급종합병원통원비(30회한도)Ⅱ를 지급합니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 암직접치료 상급종합병원통원비(30회한도)Ⅰ 또는 암직접치료 상급종합병원통원비(30회한도)Ⅱ의 지급횟수는 통원한 날만을 기준으로 계산하며 하루에 2회 이상 통원시 1회로 계산합니다.

⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '보험연도'란 당해연도 연계약해당일부터 차년도 연계약해당일 전일까지 매 1년단위의 연도를 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【'보험연도' 예시】
계약일이 2024년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.
【해당연도에 계약해당일이 없는 경우 예시】
최초계약일이 2024년 2월 29일인 경우, 2025년의 계약해당일은 2025년 2월 28일로 함 ⇒ 2025년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 계약해당일로 함

⑧ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 통원증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

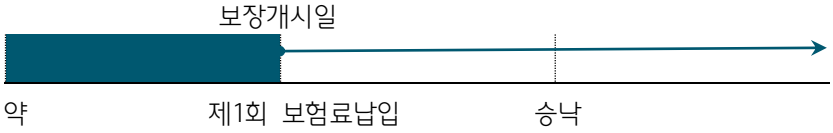
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.
· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.
· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('암'등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유		지급금액
암직접치료 상급종합병원 통원비(30회한도) (제2-2조)	암직접치료 상급종합병원통원비 (30회한도) Ⅰ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때(통원 1회당, 1일 1회한, 연 30회 한함)	특약 보험가입금액의 100%
	암직접치료 상급종합병원통원비 (30회한도) Ⅱ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때(각각 통원 1회당, 1일 1회한, 연 30회 한함)	특약 보험가입금액의 50%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.
3. C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 보장합니다. 따라서 기타피부암 및 갑상선암이 전이되어 다른 암으로 진단받은 경우에도 원발부위 기준으로 보장합니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의6(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '제자리암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '제자리암'의 해당 여부를 판단합니다.

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '제자리암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제6조('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.

별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 '경계성종양'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당 여부를 판단합니다.

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 '9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물'에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다

별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
암직접치료 상급종합병원통원비(30회한도) (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

22. (무)암직접치료상급종합병원통원특약II(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-340

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-340

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-340
제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-340
제 2-1 조의 3【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-340
제 2-1 조의 4【'제자리암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-342
제 2-1 조의 5【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-342
제 2-1 조의 6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-343
제 2-1 조의 7【'암의 직접적인 치료'의 정의】..... Ⅳ-343
제 2-1 조의 8【'상급종합병원'의 정의】..... Ⅳ-344
제 2-1 조의 9【'통원'의 정의와 장소】..... Ⅳ-344
제 2-1 조의 10【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... Ⅳ-344

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-345

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-345
제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-346
제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-346
제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-346
제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-346

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-347

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-347
제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-348
제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-348
제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-348

제 2-11 조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】 Ⅳ-348
제 2-12 조【“특약의 무효”에 대한 특칙】 Ⅳ-348
제 2-13 조【특약내용의 변경 등】 Ⅳ-349

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-349

제 2-14 조【계약자의 임의해지】 Ⅳ-349
제 2-15 조【해약환급금】 Ⅳ-349

제 5 관 기타사항 Ⅳ-350

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】 Ⅳ-350

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-351
별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) Ⅳ-352
별표 2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외) Ⅳ-354
별표 2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표 Ⅳ-355
별표 2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-356

22. (무)암직접치료상급종합병원통원 특약Ⅱ(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
3. 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) (다만, ‘갑상선암’의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침’에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

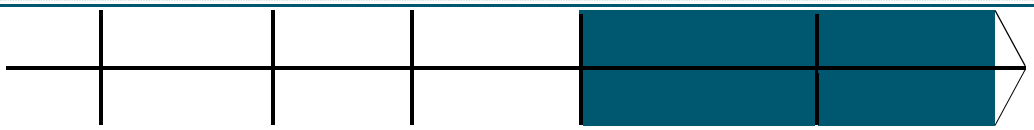
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로,
2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

제2-1조의4【'제자리암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)('별표2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표('별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

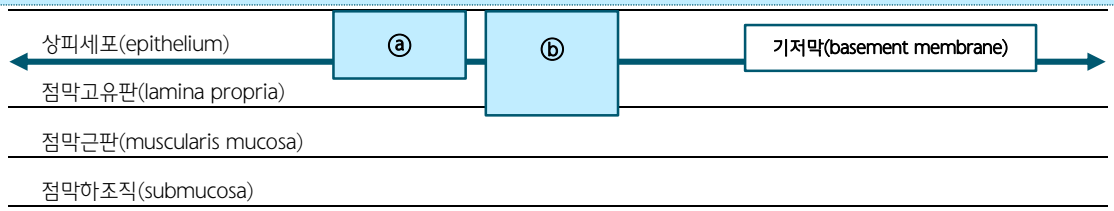
② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



ⓐ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우

ⓑ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 기초로하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7【'암의 직접적인 치료'의 정의】

① '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 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. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암의 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 증식억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. '암의 제거 및 증식억제 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 제3호[약관 내 인용조문 참조]에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항 내지 제4항은 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양' 및 '대장점막내암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용합니다.

제2-1조의8【'상급종합병원'의 정의】

이 특약에 있어서 '상급종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 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 것
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 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의9【'통원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '통원'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 '상급종합병원'에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의10【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의8('상급종합병원'의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 '상급종합병원' 지정기준 등이 폐지되는 경우

2. 법령의 개정에 따라 '상급종합병원' 제도의 변경으로 제2-1조의8('상급종합병원'의 정의)의 '상급종합병원' 지정이 불가능한 경우

【예시】

상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【계약자적립액】

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

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 또는 보장개시일 이후에 대장점막내암으로 진단 확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 : 암직접치료 상급종합병원통원비Ⅰ(통원 1회당, 1일 1회 한함)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를

목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 : 암직접치료 상급종합병원통원비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양에 대한 각각 통원 1회당, 1일 1회 한함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 및 갑상선암으로 보험금지급사유가 발생한 경우 암직접치료 상급종합병원통원비Ⅱ를 지급하고 암직접치료 상급종합병원통원비Ⅰ를 지급하지 않습니다.

③ 대장점막내암으로 보험금지급사유가 발생한 경우에는 암직접치료 상급종합병원통원비Ⅰ를 지급하고 제자리암에 해당하는 암직접치료 상급종합병원통원비Ⅱ를 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 '상급종합병원을 제외한 의료기관'에 통원하여 치료를 받던 중 해당 의료기관이 제2-1조의8('상급종합병원'의 정의)에서 정한 상급종합병원으로 지정되는 경우, 해당 병원의 상급종합병원 지정 적용일을 포함하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료 상급종합병원통원비Ⅰ 또는 암직접치료 상급종합병원통원비Ⅱ를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 제2-1조의8('상급종합병원'의 정의)의 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우, 해당 병원의 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료 상급종합병원통원비Ⅰ 또는 암직접치료 상급종합병원통원비Ⅱ를 지급합니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 암직접치료 상급종합병원통원비Ⅰ 또는 암직접치료 상급종합병원통원비Ⅱ의 지급횟수는 통원한 날만을 기준으로 계산하며 하루에 2회 이상 통원시 1회로 계산합니다.

⑦ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 통원증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

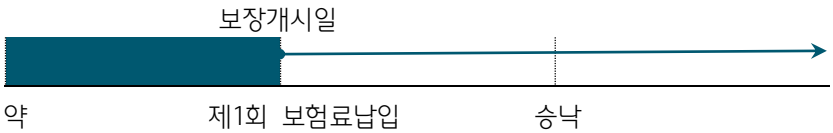
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일

2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일

(예시) 암보장개시일

2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

계약일 : 2024년 10월 1일

암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다

제2-11조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3(‘암’등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명		지급사유	지급금액
암직접치료 상급종합병원 통원비 (제2-2조)	암직접치료 상급종합병원통원비 Ⅰ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때(통원 1회당, 1일 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%
	암직접치료 상급종합병원통원비 Ⅱ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 (각각 통원 1회당, 1일 1회 한함)	특약 보험가입금액의 50%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.
3. C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 보장합니다. 따라서 기타피부암 및 갑상선암이 전이되어 다른 암으로 진단받은 경우에도 원발부위 기준으로 보장합니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의6(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '제자리암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '제자리암'의 해당 여부를 판단합니다.

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '제자리암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제6조('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.

별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 '경계성종양'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당 여부를 판단합니다.

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 '9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물'에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다

별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
암직접치료상급종합병원통원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

23. (무)암직접치료종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-359

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-359

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-359

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-359

제 2-1 조의 3【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-359

제 2-1 조의 4【'제자리암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-361

제 2-1 조의 5【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-361

제 2-1 조의 6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-362

제 2-1 조의 7【'암의 직접적인 치료'의 정의】..... Ⅳ-362

제 2-1 조의 8【'종합병원'의 정의】..... Ⅳ-363

제 2-1 조의 9【'통원'의 정의와 장소】..... Ⅳ-363

제 2-1 조의 10【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... Ⅳ-363

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-364

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-364

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-365

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-365

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-365

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-366

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-366

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-366

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-367

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-367

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-368

제 2-11 조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】 Ⅳ-368
제 2-12 조【“특약의 무효”에 대한 특칙】 Ⅳ-368
제 2-13 조【특약내용의 변경 등】 Ⅳ-368

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-368

제 2-14 조【계약자의 임의해지】 Ⅳ-368
제 2-15 조【해약환급금】 Ⅳ-368

제 5 관 기타사항 Ⅳ-370

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】 Ⅳ-370

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-371
별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) Ⅳ-372
별표 2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외) Ⅳ-374
별표 2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표 Ⅳ-375
별표 2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-376

23. (무)암직접치료종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
3. 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) (다만, ‘갑상선암’의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침’에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

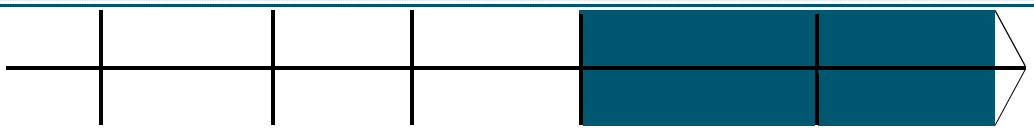
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로,
2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

제2-1조의4【'제자리암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)('별표2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표('별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

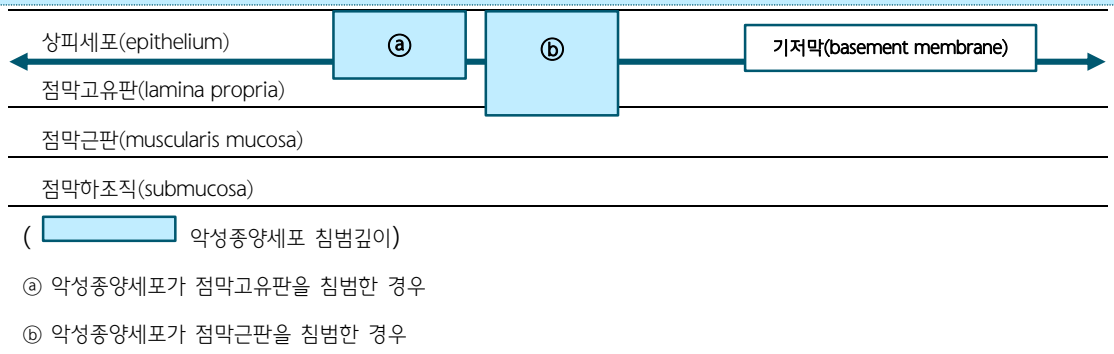
② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 기초로하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7【'암의 직접적인 치료'의 정의】

① '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 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. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암의 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 증식억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. '암의 제거 및 증식억제 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 제3호[약관 내 인용조문 참조]에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항 내지 제4항은 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양' 및 '대장점막내암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용합니다.

제2-1조의8【'종합병원'의 정의】

이 특약에 있어서 '종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 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.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의9【'통원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '통원'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 '종합병원'에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의10【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의8('종합병원'의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 '종합병원' 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 '종합병원' 제도의 변경으로 제2-1조의8('종합병원'의 정의)의 '종합병원' 지정이 불가능한 경우

【예시】

종합병원 제도의 변경으로 종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【계약자적립액】

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

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 또는 보장개시일 이후에 대장점막내암으로 진단 확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 때 : 암직접치료 종합병원통원비(30회한도)Ⅰ(통원 1회당, 1일 1회한, 보험연도 기준 연 30회 한함)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 때 : 암직접치료 종합병원통원비(30회한도)Ⅱ(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양에 대한 각각 통원 1회당, 1일 1회한, 보험연도 기준 연 30회 한함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 및 갑상선암으로 보험금지급사유가 발생한 경우 암직접치료 종합병원통원비(30회한도)Ⅱ를 지급하고 암직접치료 종합병원통원비(30회한도)Ⅰ를 지급하지 않습니다.

③ 대장점막내암으로 보험금지급사유가 발생한 경우에는 암직접치료 종합병원통원비(30회한도)Ⅰ를 지급하고 제자리암에 해당하는 암직접치료 종합병원통원비(30회한도)Ⅱ를 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 '종합병원을 제외한 의료기관'에 통원하여 치료를 받던 중 해당 의료기관이 제2-1조의8('종합병원'의 정의)에서 정한 종합병원으로 지정되는 경우, 해당 병원의 종합병원 지정 적용일을 포함하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료 종합병원통원비(30회한도)Ⅰ 또는 암직접치료 종합병원통원비(30회한도)Ⅱ를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 제2-1조의8('종합병원'의 정의)의 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원 지정이 취소된 경우, 해당 병원의 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료 종합병원통원비(30회한도)Ⅰ 또는 암직접치료 종합병원통원비(30회한도)Ⅱ를 지급합니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 암직접치료 종합병원통원비(30회한도)Ⅰ 또는 암직접치료 종합병원통원비(30회한도)Ⅱ의 지급횟수는 통원한 날만을 기준으로 계산하며 하루에 2회 이상 통원시 1회로 계산합니다.

⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '보험연도'란 당해연도 연계약해당일부터 차년도 연계약해당일 전일까지 매 1년단위의 연도를 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【'보험연도' 예시】
계약일이 2024년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.
【해당연도에 계약해당일이 없는 경우 예시】
최초계약일이 2024년 2월 29일인 경우, 2025년의 계약해당일은 2025년 2월 28일로 함 ⇒ 2025년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 계약해당일로 함

⑧ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 통원증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

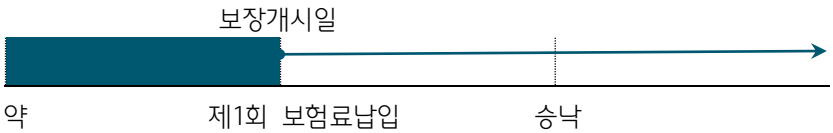
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('암'등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명		지급사유	지급금액
암직접치료 종합병원 통원비 (30회한도) (제2-2조)	암직접치료 종합병원통원비 (30회한도) Ⅰ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 때(통원 1회당, 1일 1회한, 연 30회 한함)	특약 보험가입금액의 100%
	암직접치료 종합병원통원비 (30회한도) Ⅱ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 때(각각 통원 1회당, 1일 1회한, 연 30회 한함)	특약 보험가입금액의 50%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.
3. C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 보장합니다. 따라서 기타피부암 및 갑상선암이 전이되어 다른 암으로 진단받은 경우에도 원발부위 기준으로 보장합니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의6(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '제자리암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '제자리암'의 해당 여부를 판단합니다.

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '제자리암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제6조('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.

별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 '경계성종양'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당 여부를 판단합니다.

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 '9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물'에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다

별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
암직접치료 종합병원통원비(30회한도) (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

24. (무)암직접치료통원특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-379

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-379

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-379

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-379

제 2-1 조의 3【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-379

제 2-1 조의 4【'제자리암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-381

제 2-1 조의 5【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-381

제 2-1 조의 6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-382

제 2-1 조의 7【'통원'의 정의와 장소】..... Ⅳ-382

제 2-1 조의 8【'암의 직접적인 치료'의 정의】..... Ⅳ-382

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-383

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-383

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-383

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-384

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-384

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-384

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-384

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-384

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-385

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-385

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-386

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-386

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-386

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-386

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-387

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-387

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-387

제 5 관 기타사항 Ⅳ-388

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-388

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-389

별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)..... Ⅳ-390

별표 2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외) Ⅳ-392

별표 2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표 Ⅳ-393

별표 2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... Ⅳ-394

24. (무)암직접치료통원특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
3. 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) (다만, ‘갑상선암’의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침’에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

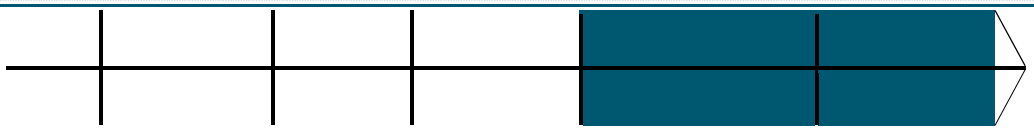
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



‘15.1.1.	‘19.1.1.	‘21.10.1.	‘22.1.1.	‘24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로,

2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

제2-1조의4【‘제자리암’의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 ‘제자리암’이라 함은 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)(‘별표2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만 제2-1조의6(‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘대장점막내암’은 제외합니다.

② ‘제자리암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【‘경계성종양’의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 ‘경계성종양’이라 함은 한국표준질병사인분류 중 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표(‘별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

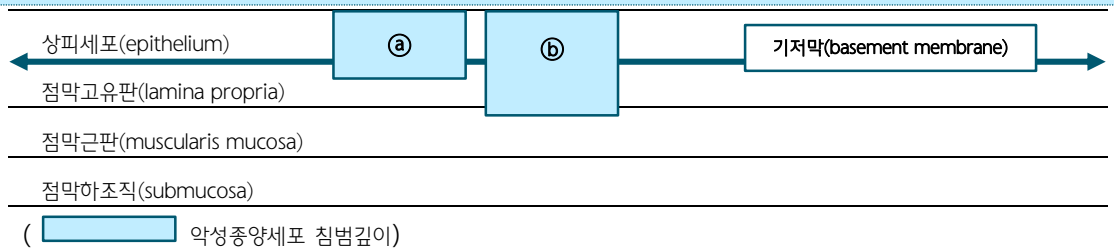
② ‘경계성종양’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 ‘경계성종양’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘경계성종양’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



ⓐ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우

ⓑ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 기초로하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7【'통원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '통원'이라 함은 의료기관에서 의사에 의하여 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의8【'암의 직접적인 치료'의 정의】

① '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 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. 면역력 강화 치료

3. 암이나 암의 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 증식억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. '암의 제거 및 증식억제 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 제3호[약관 내 인용조문 참조]에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항 내지 제4항은 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양' 및 '대장점막내암'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암 또는 보장개시일 이후에 대장점막내암으로 진단 확정되고 암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 : 암직접치료통원비Ⅰ(통원 1회당)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때: 암직접치료통원비Ⅱ(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양에 대한 각각 통원 1회당)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 및 갑상선암으로 보험금지급사유가 발생한 경우 암직접치료통원비Ⅱ를 지급하고 암직접치료통원비Ⅰ를 지급하지 않습니다.

③ 대장점막내암으로 보험금지급사유가 발생한 경우에는 암직접치료통원비Ⅰ를 지급하고 제자리암에 해당하는 암직접치료통원비Ⅱ를 지급하지 않습니다.

④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 통원증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

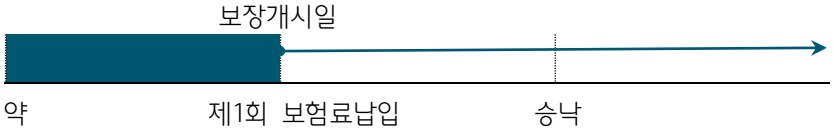
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('암'등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명		지급사유	지급금액
암통원비 (제2-2조)	암직접치료통원비 I	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때	통원 1회당 특약 보험가입금액의 100%
	암직접치료통원비 II	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때	통원 1회당 특약 보험가입금액의 50%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.
3. C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 보장합니다. 따라서 기타피부암 및 갑상선암이 전이되어 다른 암으로 진단받은 경우에도 원발부위 기준으로 보장합니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의6(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '제자리암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '제자리암'의 해당 여부를 판단합니다.

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '제자리암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제6조('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.

별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 '경계성종양'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당 여부를 판단합니다.

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 '9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물'에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다

별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
암통원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

25. (무)요양병원 암입원특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-397

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-397

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-397

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-397

제 2-1 조의 3【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-397

제 2-1 조의 4【'제자리암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-399

제 2-1 조의 5【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-399

제 2-1 조의 6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-399

제 2-1 조의 7【'입원'의 정의와 장소】..... Ⅳ-400

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-400

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-400

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-400

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-402

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-402

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-402

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-402

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-402

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-403

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-403

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-404

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-404

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-404

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-404

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-405
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-405
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-405

제 5 관 기타사항 Ⅳ-406
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-406

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-407
별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)..... Ⅳ-408
별표 2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외) Ⅳ-410
별표 2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표 Ⅳ-411
별표 2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... Ⅳ-412

25. (무)요양병원 암입원특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
3. 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(다만, '갑상선암'의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대

한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

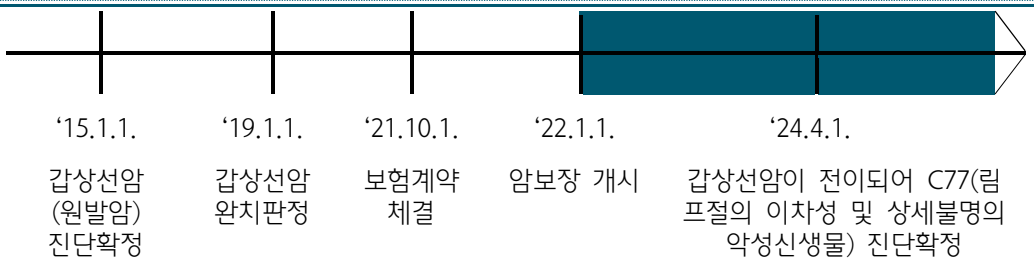
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로,

2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

제2-1조의4【'제자리암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)('별표2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

② '제자리암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'경계성종양'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '경계성종양'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표('별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

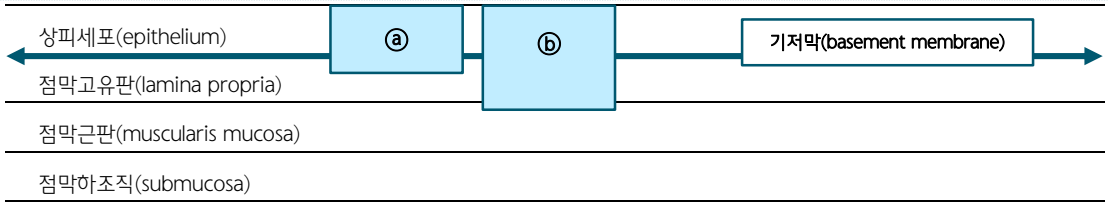
② '경계성종양'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 '경계성종양'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '경계성종양'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



ⓐ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우

ⓑ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 기초로하며, 이 경우 '대장점막내암'의 진단확정 시점은 상

기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '대장점막내암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7【'입원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료기관에서 의사에 의하여 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암의 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항 제3호[약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원(이하 "요양병원"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(다음 각 호의 요양병원 암입원비Ⅰ 또는 요양병원 암입원비Ⅱ를 요양병원 암입원비라 합니다)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암 또는 보장개시일 이후에 대장점막내암으로 진단 확정되고 암 또는 대장점막내암의 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때 : 요양병원 암입원비Ⅰ(입원일수 1일당 60일 한도)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때 : 요양병원 암입원비 Ⅱ(입원일수 1일당 60일 한도)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

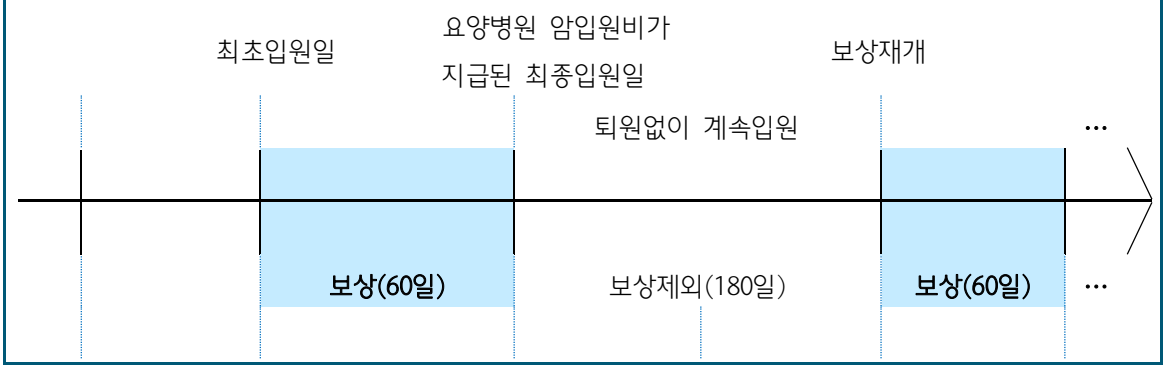
② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 요양병원 암입원비 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고 한도로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암의 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암의 치료

를 목적으로 입원한 경우에도 해당 요양병원 암입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 해당 요양병원 암입원비를 지급합니다. 이 때, 요양병원 암입원비는 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 요양병원 암입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날부터 180일이 지난 후 새로운 입원이 개시된 것으로 봅니다.

【예시】



⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 질병으로 입원한 경우 이 특약의 가입일로부터 지급된 요양병원 암입원비의 누적 지급일수가 365일을 초과하는 경우 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원 암입원비는 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당질병을 다시 진단확정받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

【누적 총지급일수 365일에 대한 지급 예시】

- 보험가입금액 1,000만원 가입
- 보험계약일부터 1년이후에 보험금 지급사유 발생

① 유방암(C50)으로 요양병원에 60일한도로 6회 입원
→ 1일당 입원비 2만원 X 60일 X 6회 = 총 720만원
→ 누적 총입원일수: 360일

② ①이후 1년 경과 후 동일한 유방암(C50)으로 요양병원에 60일한도로 입원
→ 1일당 입원비 2만원 X 5일 = 총 10만원
→ 누적 총입원일수 365일 초과하는 55일에 대한 입원비는 지급하지 않음

⑥ 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항에 따라 계속 요양병원 암입원비를 지급합니다. 다만, 보험기간이 끝난 후 제4항에 따라 간주된 새로운 입원의 입원기간에 대해서는 요양병원 암입원비를 지급하지 않습니다.

⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암의 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 요양병원 암입원비를 지급하며, 요양병원 암입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 요양병원 암입원비를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병인 경우에 한합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 요양병원 암입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 및 갑상선암으로 보험금지급사유가 발생한 경우 요양병원 암입원비Ⅱ를 지급하고 요양병원 암입원비Ⅰ를 지급하지 않습니다.

⑪ 대장점막내암으로 보험금지급사유가 발생한 경우에는 요양병원 암입원비Ⅰ를 지급하고 제자리암에 해당하는 요양병원 암입원비Ⅱ를 지급하지 않습니다.

⑫ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 입원증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

보장개시일

제1회 보험료 납입

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인

인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('암'등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형

상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명		지급사유	지급금액
요양병원 암입원비 (제2-2조)	요양병원 암입원비 I	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 목적으로 1일이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 대장점막내암의 치료를 목적으로 1일이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때	1일당 특약 보험가입금액의 100% (다만, 입원일수 1일당, 60일 한도)
	요양병원 암입원비 II	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 1일이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때	1일당 특약 보험가입금액의 50% (다만, 입원일수 1일당, 60일 한도)

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에 는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 보장합니다. 따라서 기타피부암 및 갑상선암이 전이되어 다른 암으로 진단받은 경우에도 원발부위 기준으로 보장합니다.
3. 요양병원 암입원비의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다. 다만, 동일한 질병으로 인한 입원의 경우 이 특약의 계약일부터 지급된 요양병원 암입원비 누적 지급일수가 365일을 초과할 경우에는 365일을 초과한 날이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 입원비는 지급되지 않습니다.
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의6(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표2-3 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '제자리암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리암의 해당 여부를 판단합니다.

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '제자리암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.

별표2-4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 '경계성종양'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당 여부를 판단합니다

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '경계성종양'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구 증후군](D47.5)은 '9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물'에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
요양병원암입원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

26. (무)일반암 진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-415

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-415

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-415

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-415

제 2-1 조의 3【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-415

제 2-1 조의 4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-417

제 2-1 조의 5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-417

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-418

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-418

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-418

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-419

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-419

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-419

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-419

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-419

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-420

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-420

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-421

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-421

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-421

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-421

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-421

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-421

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-422

제 5 관 기타사항 Ⅳ-423

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-423

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-424

별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)..... Ⅳ-425

별표 2-3 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표 Ⅳ-427

별표 2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-428

26. (무)일반암 진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정) 제2항에서 정한 중증 이외 갑상선암
3. 제2-1조의5('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

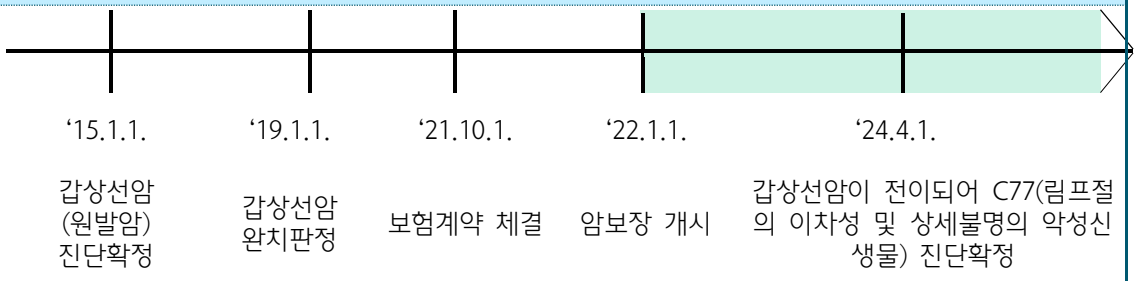
한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절 의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우

에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

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

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후 이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '유방암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 '남녀생식기암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표('별표2-3 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표' 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ '암', '기타피부암', '유방암' 및 '남녀생식기암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '암', '기타피부암', '유방암' 및 '남녀생식기암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 다만, '중증 갑상선암'의 진단확정은 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정) 제3항을 따릅니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '기타피부암', '유방암' 및 '남녀생식기암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

⑦ 이 특약에 있어서 '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)중에서 '유방암', '남녀생식기암'을 제외한 암을 말합니다.

제2-1조의4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증 갑상선암'은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, '갑상선암'이라 합니다) 중 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 갑상선암에 해당하지 않습니다.

② 이 특약에 있어서 '중증 이외 갑상선암'이라 함은 갑상선암에 해당하는 질병 중 '중증 갑상선암'을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

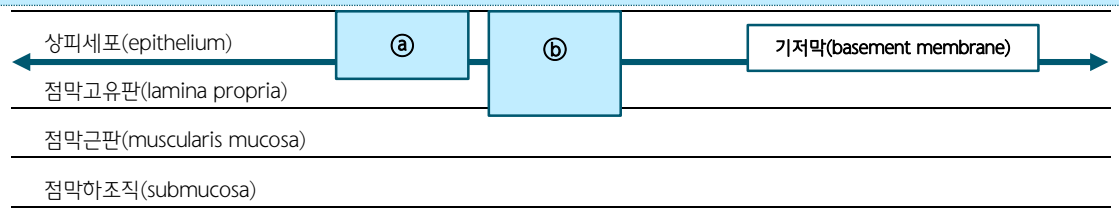
③ '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



ⓐ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우

ⓑ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '일반암'으로 진단이 확정되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 일반암 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년미만 진단 확정시 해당 진단자금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 암보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

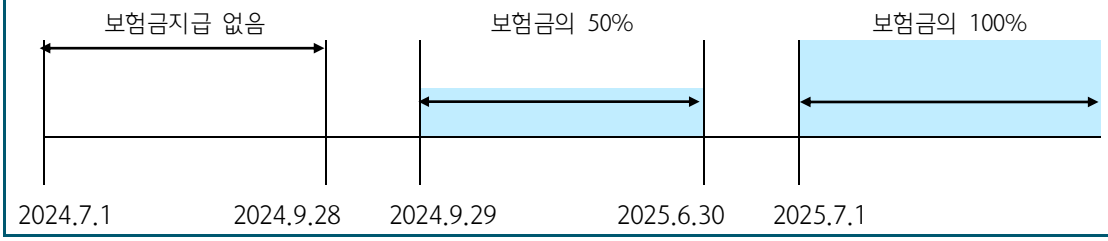
【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

암보장개시일: 2024년 9월 29일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 일반암(기타피부암, 중증이외 갑상선암, 대장점막내암, 유방암 및 남녀생식기암 제외)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 일반암 진단자금을 지급합니다. 다만, 암보장개시일의 전일 이전에 일반암(기타피부암, 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암, 유방암 및 남녀생식기암 제외)으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

④ 피보험자가 암보장개시일 이후에 '일반암' 이외의 암으로 진단확정 받은 후 해당질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이되어 '일반암'으로 진단되는 경우 일반암 진단자금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

보장개시일

청약 제1회 보험료납입 승낙

② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정) 제7항에서 정한 '일반암'에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속

입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('암'등의 정의 및 진단확정) 제7항에서 정한 '일반암'으로 진단확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
일반암 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '일반암'으로 진단확정 되었을 때(계약일부터 1년미만 진단확정 시 50%지급, 최초 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
2. '일반암'이라 함은 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암' 중에서 '유방암', '남녀생식기암'을 제외한 암을 말합니다.
3. 피보험자가 암보장개시일 이후에 '일반암' 이외의 암으로 진단확정 받은 후 해당질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이되어 '일반암'으로 진단되는 경우 일반암 진단자금을 지급하지 않습니다.
4. C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 따라서, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암, 유방암 및 남녀생식기암 등이 전이되어 이차성암으로 진단받는 경우에도 보장여부를 원발부위 기준으로 분류합니다.
5. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 갑성선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의5('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. '갑상선의 악성신생물(C73)'의 경우 이 특약 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '중증 이외 갑상선암'은 제외됩니다.
5. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표2-3 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 '남녀생식기암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당 여부를 판단합니다.

구분	분류항목	분류번호
여자	1. 외음의 악성 신생물(암)	C51
	2. 질의 악성 신생물(암)	C52
	3. 자궁경부의 악성 신생물(암)	C53
	4. 자궁체부의 악성 신생물(암)	C54
	5. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C55
	6. 난소의 악성 신생물(암)	C56
	7. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성 신생물(암)	C57
	8. 태반의 악성 신생물(암)	C58
남자	1. 음경의 악성 신생물(암)	C60
	2. 전립선의 악성 신생물(암)	C61
	3. 고환의 악성 신생물(암)	C62
	4. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성 신생물(암)	C63

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
일반암 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

27. (무)특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 2 편 개별사항 Ⅳ-431

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-431

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-431

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-431

제 2-1 조의 3【'암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-431

제 2-1 조의 4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-433

제 2-1 조의 5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-433

제 2-1 조의 6【'항암약물치료'의 정의】..... Ⅳ-434

제 2-1 조의 7【'특정면역항암제' 및 '특정면역항암약물허가치료'의 정의】..... Ⅳ-434

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-436

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-436

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-436

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-438

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-438

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-438

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-439

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-439

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-440

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-440

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-441

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-441

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-442

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-442

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-442

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-442

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-442

제 5 관 기타사항 Ⅳ-443

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-443

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-444

별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)..... Ⅳ-445

별표 2-3 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 Ⅳ-447

별표 2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-449

27. (무)특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)으로 특약의 보험기간과 동일한 기간을 말합니다.

나. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

다. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제2-1조의3【'암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 중증 이외 갑상선암
3. 제2-1조의5('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

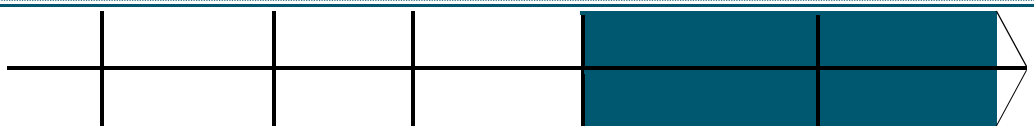
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로,

2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 기타피부암에 해당하지 않습니다.

③ '암' 및 '기타피부암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '암' 및 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 다만 '중증 갑상선암'의 진단확정은 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)의 제3항을 따릅니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암' 및 '기타피부암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증 갑상선암'은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, '갑상선암'이라 합니다) 중 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 갑상선암에 해당하지 않습니다.

② 이 특약에 있어서 '중증 이외 갑상선암'이라 함은 갑상선암에 해당하는 질병 중 '중증 갑상선암'을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

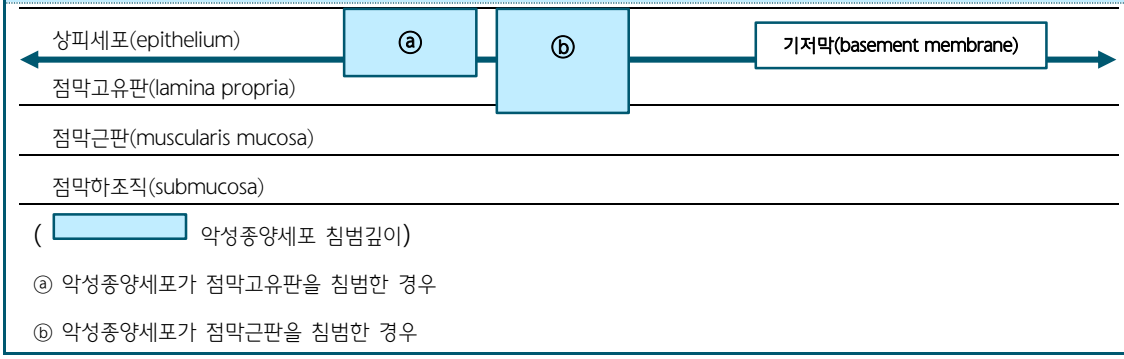
③ '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



② ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 기초로하며, 이 경우 ‘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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【‘항암약물치료’의 정의】

‘항암약물치료’라 함은 의료기관의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 대장점막내암, 기타피부암 또는 중증 이외 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 방법을 말합니다.

【‘항암화학요법’】
‘항암화학요법’이라 함은 암을 치료하기 위하여 항암제를 사용하는 것으로, 이러한 약물들은 암 세포의 성장을 방해하거나 분열을 억제하고 암세포의 사멸을 유도합니다.
【‘항암면역요법’】
‘항암면역요법’이라 함은 인체에 자연적으로 존재하는 면역기능을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물치료는 제외됩니다.

제2-1조의7【‘특정면역항암제’ 및 ‘특정면역항암약물허가치료’의 정의】

① 이 특약에 있어서 ‘특정면역항암제’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 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T) 치료제

【면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)】
면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암세포 또는 T 세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(Immune checkpoint)을 차단함으로써, T 세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.
【항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】
항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의 항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T 세포) 항암치료제】

카티(CAR-T)치료제란 환자 본인의 혈액에서 T세포를 분리하고 체외에서 유전자 도입(변형)을 통해 제조 및 증폭된 키메라항원수용체T세포[카티(CAR-T)세포]를 환자의 몸에 주입함으로써 암세포의 표면항원을 특이적으로 인지해 암세포를 공격하여 사멸시키는 치료제를 말합니다.

【'특정면역항암제' 해당 의약품명 및 성분명 안내】

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <(별표2-3 '특정면역항암제' 해당 의약품명 및 성분명)>에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 '특정면역항암약물허가치료'라 함은 항암약물치료 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암', '중증이외 갑상선암' 및 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 '특정면역항암제'를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 단, 제1항 제3호에서 정한 "카티(CAR-T)치료제"의 경우 피보험자의 "카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증"의 치료를 목적를 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 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 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】

- 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색
- 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) – 의료정보 – 의약품정보 – 암질환사용 약제 및 요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 제2항의 '카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증'이라 함은 현 시점(2025년 1월 기준) "카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증"은 다음과 같이 한정되어 있습니다. 그러나, 투약 처방 시점에 "카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증"은 확대될 수 있으며, 이때에는 추가된 적응증 또한 보장하는 위험에 포함됩니다.

1. 재발 또는 불응성 B세포 급성 림프성 백혈병
2. 재발 또는 불응성 미만성 거대 B세포 림프종

3. 재발성 또는 불응성 소포성 림프종

4. 재발 또는 불응성 다발골수종

⑤ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 '특정면역항암제'의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '특정면역항암제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중, 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 또는 보장개시일 이후에 '기타피부암', '중증이외 갑상선암' 또는 '대장점막내암'으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 특정면역항암약물허가치료비('별표2-1 보험금지급기준표'참조)를 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하며 최초계약의 계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50% 지급)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자에게 최초계약의 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

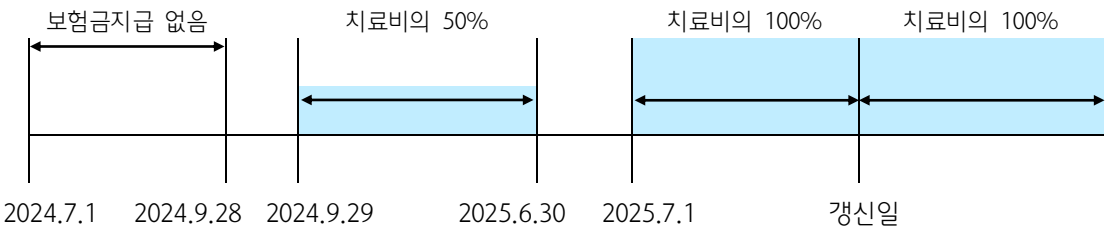
【예시】

최초계약일: 2024년 7월 1일

암보장개시일: 2024년 9월 29일

최초계약의 계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

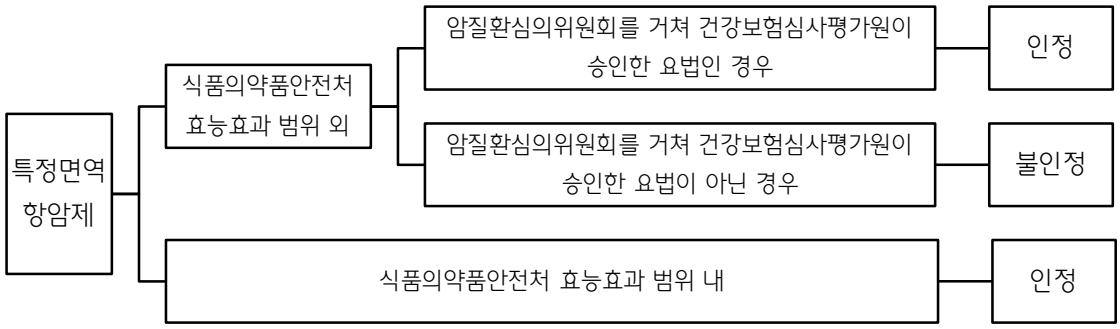
최초계약의 계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



④ 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 암보장개시일 이후 암으로 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 보장개시일 이후 기타피부암, 중증이외 갑상선암 또는 대장점막내암으로 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우 암, 기타피부암, 중증이외 갑상선암 또는 대장점막내암 중 어느 하나에 대하여 특정면역항암약물허가치료비를 최초 1회에 한하여 지급합니다.

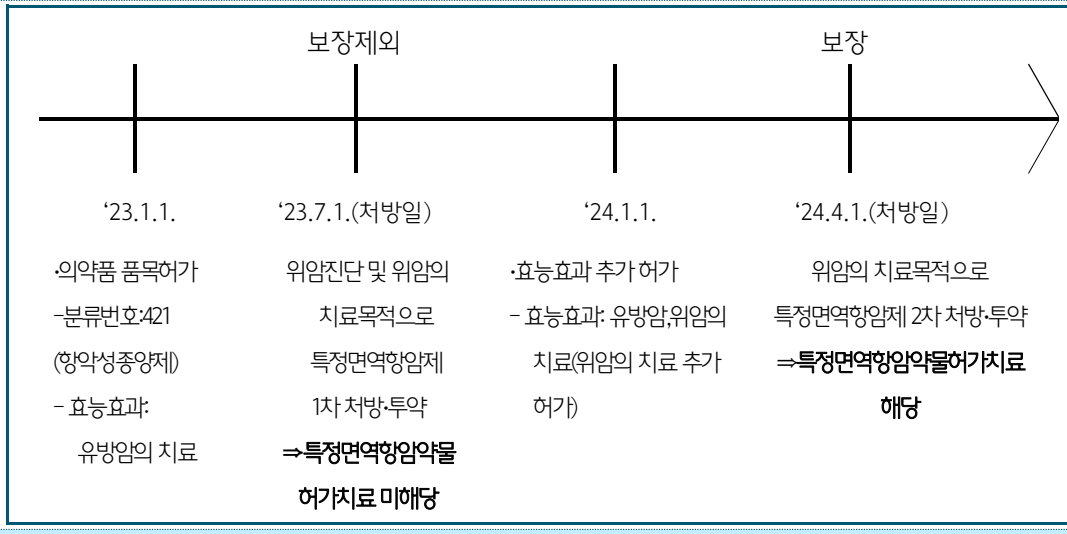
⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '특정면역항암약물허가치료비'는 '특정면역항암제'를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【특정면역항암제의 '안전성과 유효성 인정 범위']

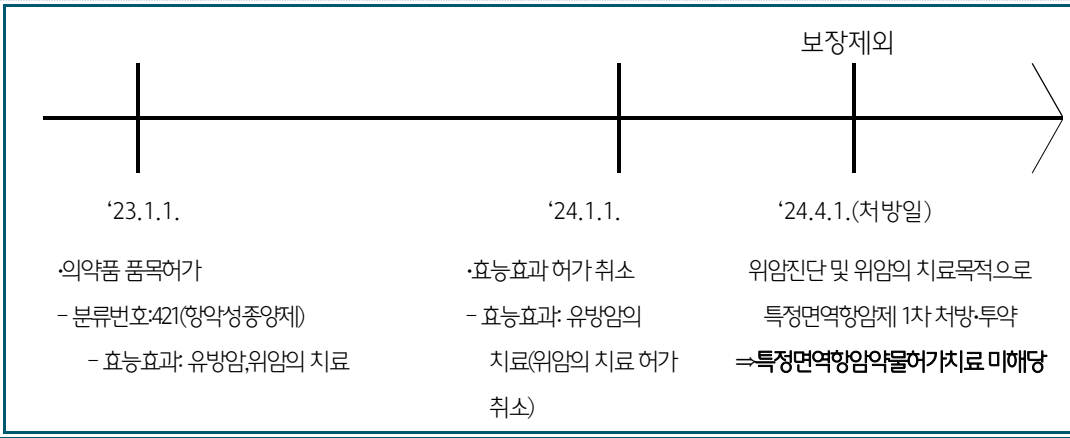


⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '특정면역항암약물허가치료를 받았을 때'는 '특정면역항암제'를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 제2-1조의7('특정면역항암제' 및 '특정면역항암약물허가치료'의 정의) 제3항에서 정한 '안전성과 유효성 인정 범위'는 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, '안전성과 유효성 인정 범위'가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 '안전성과 유효성 인정 범위' 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【'안전성과 유효성 인정 범위' 변경(추가) 예시: 의약품의 '효능효과' 추가 허가】



【'안전성과 유효성 인정 범위' 변경(삭제) 예시: 의약품의 '효능효과' 허가 취소】



⑦ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 특정면역항암약물허가치료 증명서, 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 특정면역항암약물허가치료 증명서는 다음의 서류를 말합니다.

1. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)

가. 진단명

나. 투약한 약제의 제품명

다. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

라. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법' 사용 여부

2. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

③ 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

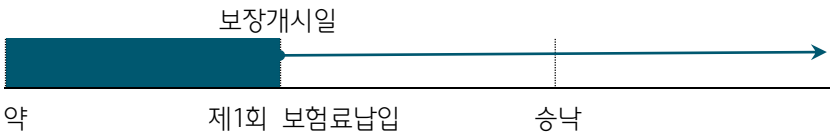
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일 (최초계약 기준)
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 갱신전 특약의 보험기간 중 보험료 납입이 면제된 이후에 본 조에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제1-12조(특약의 소멸) 및 제2-11조(“특약의 소멸”에 대한 특칙)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
4. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑦ 갱신계약의 보험가입금액 및 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제2-11조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 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. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
특정면역항암약물 허가치료비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 또는 보장개시일 이후에 기타피부암, 중증이외 갑상선암 또는 대장점막내암으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우 (최초계약의 계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 갱신전 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
3. 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
4. '특정면역항암약물허가치료비'는 '특정면역항암제'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 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
5. '특정면역항암약물허가치료를 받은 경우'는 '특정면역항암제'를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 약관 제2-1조의7('특정면역항암제' 및 '특정면역항암약물허가치료'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.
6. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 갑상선의 악성신생물(암)	C73
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는

질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의5(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 갑상선의 악성신생물(C73)의 경우 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '중증 이외 갑상선암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
5. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표2-3 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명

① 아래 "특정면역항암제" 해당 의약품명 및 성분명은 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "특정면역항암제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과, 용법용량 등의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 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."특정면역항암제"해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
면역관문 억제제	아테졸리주맙 Atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
	펨브롤리주맙 Pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
	이필리무맙 Ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합)
	더발루맙 Durvalumab	임핀지주(2.4mL)(더발루맙)
		임핀지주(10mL)(더발루맙)
	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
항체 약물 중합체 항암치료제	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
	브렌툭시맙베도틴 brentuximabvedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
	이노투주맙오조가마이신 inotuzumabozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
	겜투주맙오조가마이신	마일로탁주4.5밀리그램

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	gemtuzumabozogamicin	
	폴라투주맙베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주
	트라스투주맙데룩스테칸 Trastuzumab deruxtecan	엔허투주100mg
카티항암 치료제	티사젠렉류셀 tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)

별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
특정면역항암약물허가치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

28. (무)특정전이암 진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-452

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-452

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-452

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-452

제 2-1 조의 3【‘특정전이암’의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-452

제 2-1 조의 4【‘암’ 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-453

제 2-1 조의 5【‘중증 갑상선암’ 및 ‘중증 이외 갑상선암’의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-455

제 2-1 조의 6【‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-455

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-456

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-456

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-456

제 2-4 조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】..... Ⅳ-457

제 2-5 조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】..... Ⅳ-457

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-457

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-457

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-457

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-459

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-459

제 2-10 조 【특약의 갱신】..... Ⅳ-459

제 2-11 조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】..... Ⅳ-459

제 2-12 조【“특약의 무효”에 대한 특칙】..... Ⅳ-460

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-460

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-460
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-460
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-460

제 5 관 기타사항 Ⅳ-461
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-461

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-462
별표 2-2 특정전이암 분류표 Ⅳ-463
별표 2-3 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) Ⅳ-464
별표 2-4 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표 Ⅳ-466
별표 2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-467

28. (무)특정전이암 진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **전이암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

다. **암보장개시일** : 제2-7조(특약의 보장개시) 제3항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'특정전이암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '특정전이암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 특정전이암 분류표('별표2-2 특정전이암 분류표' 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

② '특정전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '특정전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '특정전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)('별표2-3 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 제2-1조의5('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정) 제2항에서 정한 중증 이외 갑상선암
3. 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

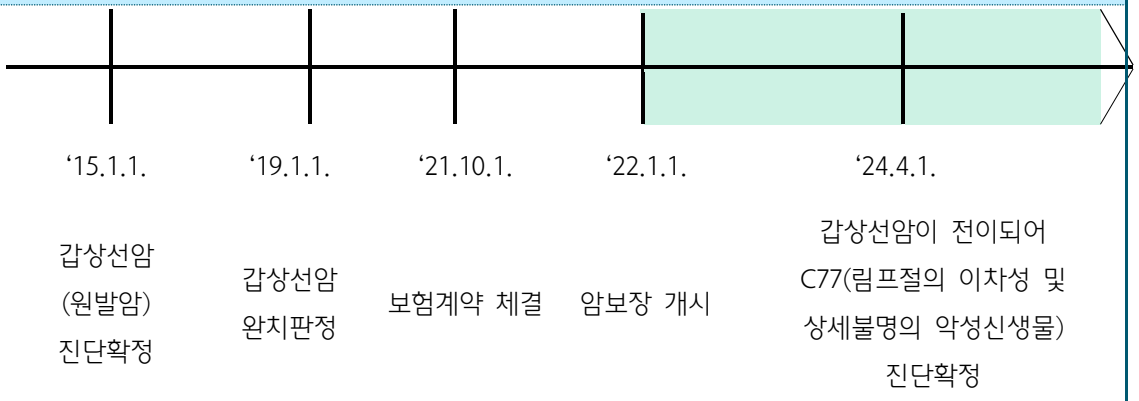
한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

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

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험료 납입면제 예시】



⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로, 2024년 4월 1일이 진단확정일이나, 원발암이 갑상선암이므로 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '유방암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 '남녀생식기암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표('별표2-4 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표' 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ '암', '기타피부암', '유방암' 및 '남녀생식기암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '암', '기타피부암', '유방암' 및 '남녀생식기암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 다만, '중증 갑상선암'의 진단확정은 제2-1조의5('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정) 제3항을 따릅니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '기타피부암', '유방암' 및 '남녀생식기암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

⑦ 이 특약에 있어서 '납입면제가 되는 일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)중에서 '유방암', '남녀생식기암'을 제외한 암을 말합니다.

제2-1조의5【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증 갑상선암'은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, '갑상선암'이라 합니다) 중 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 갑상선암에 해당하지 않습니다.

② 이 특약에 있어서 '중증 이외 갑상선암'이라 함은 갑상선암에 해당하는 질병 중 '중증 갑상선암'을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

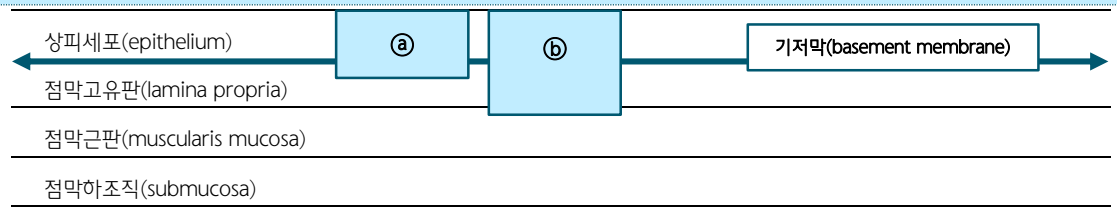
③ '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



ⓐ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우

ⓑ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 전이암보장개시일 이후에 '특정전이암'으로 진단 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 특정전이암 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 최초1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 진단시 진단자금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 '납입면제가 되는 일반암'으로 진단 확정된 경우에는 다음 회 이후 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 계약자는 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 '납입면제가 되는 일반암'으로 진단 확정된 경우에는 그 진단일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다.

④ 제3항에도 불구하고 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 '납입면제가 되는 암'이 발생 하였으나 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 '납입면제가 되는 암'과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 '납입면제가 되는 암'으로 진단 확정된 경우라도 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전일 이전에 '납입면제가 되는 암'으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 '납입면제가 되는 암'으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제2항에 따라 보장하여 드립니다.

⑤ 피보험자에게 전이암보장개시일 이후 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.

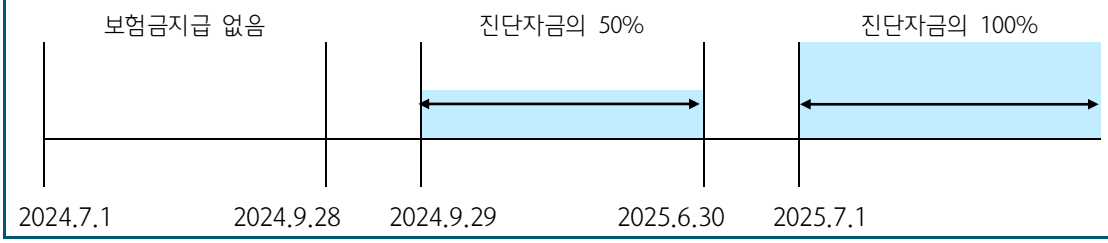
【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

전이암보장개시일: 2024년 9월 29일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



⑥ 피보험자가 보험기간 중 전이암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '특정전이암'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 특정전이암 진단자금을 지급합니다. 다만, 전이암보장개시일 전일 이전에 '특정전이암'으로 진단 확정된 경우는 제외합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

⑦ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

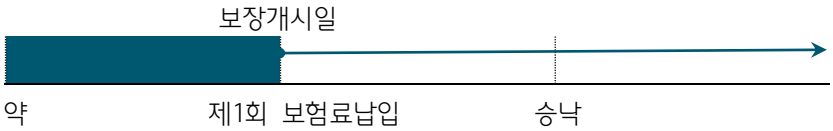
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('특정전이암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '특정전이암'에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제2-1조의4('암' 등의 정의 및 진단확정) 제7항에서 정한 '납입면제가 되는 일반암'에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일, 전이암보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일, 전이암보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일

(예시) 전이암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
전이암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 전이암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3(‘특정전이암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘특정전이암’으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
특정전이암 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 전이암보장개시일 이후에 '특정전이암'으로 진단이 확정되었을 때 (계약일부터 1년미만 진단확정시 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 전이암보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 특정전이암 분류표

약관에 규정하는 '특정전이암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '특정전이암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
2. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
3. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '특정전이암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따르면 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 상기 사항에도 불구하고 '특정전이암'은 원발부위를 기준으로 분류하지 않으며, 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점 역시 변경되지 않습니다.

별표2-3 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 갑성선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의6('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. '갑상선의 악성신생물(C73)'의 경우 이 특약 제2-1조의5('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '중증 이외 갑상선암'은 제외됩니다.
5. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표2-4 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 '남녀생식기암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당 여부를 판단합니다.

구분	분류항목	분류번호
여자	1. 외음의 악성 신생물(암)	C51
	2. 질의 악성 신생물(암)	C52
	3. 자궁경부의 악성 신생물(암)	C53
	4. 자궁체부의 악성 신생물(암)	C54
	5. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C55
	6. 난소의 악성 신생물(암)	C56
	7. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성 신생물(암)	C57
	8. 태반의 악성 신생물(암)	C58
남자	1. 음경의 악성 신생물(암)	C60
	2. 전립선의 악성 신생물(암)	C61
	3. 고환의 악성 신생물(암)	C62
	4. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성 신생물(암)	C63

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
특정전이암 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

29. (무)특정항암호르몬약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 2 편 개별사항 Ⅳ-470

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-470

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-470

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-470

제 2-1 조의 3【'암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-470

제 2-1 조의 4【'항암약물치료'의 정의】..... Ⅳ-472

제 2-1 조의 5【'특정항암호르몬약물허가치료제' 및 '특정항암호르몬약물허가치료'의 정의】 Ⅳ-472

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-473

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-473

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-473

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-475

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-475

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-476

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-476

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-476

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-477

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-477

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-478

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-479

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-479

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-479

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-479
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-479
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-480

제 5 관 기타사항 Ⅳ-480
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-480

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-481
별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) Ⅳ-482
별표 2-3 특정항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명..... Ⅳ-484
별표 2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... Ⅳ-486

29. (무)특정항암호르몬약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)으로 특약의 보험기간과 동일한 기간을 말합니다.

나. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

다. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제2-1조의3【'암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

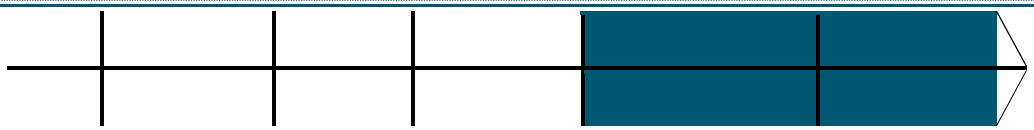
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로,

2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 기타피부암에 해당하지 않습니다.

③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) [단, ‘갑상선암’의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

제2-1조의4【‘항암약물치료’의 정의】

‘항암약물치료’라 함은 의료기관의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 방법을 말합니다.

【‘항암화학요법’】

‘항암화학요법’이라 함은 암을 치료하기 위하여 항암제를 사용하는 것으로, 이러한 약물들은 암 세포의 성장을 방해하거나 분열을 억제하고 암세포의 사멸을 유도합니다.

【‘항암면역요법’】

‘항암면역요법’이라 함은 인체에 자연적으로 존재하는 면역기능을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물치료는 제외됩니다.

제2-1조의5【‘특정항암호르몬약물허가치료제’ 및 ‘특정항암호르몬약물허가치료’의 정의】

① 이 특약에 있어서 ‘특정항암호르몬약물허가치료제’란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【‘특정항암호르몬약물허가치료제’ 해당 의약품명 및 성분명 안내】

특정항암호르몬약물허가치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 특정항암호르몬약물허가치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <(별표2-3 ‘특정항암호르몬약물허가치료제’ 해당 의약품명 및 성분명)>에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 ‘특정항암호르몬약물허가치료제’라 함은 항암약물치료 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 ‘특정항암호르몬약물허가치료제’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 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 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】

- 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색
- 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) – 의료정보 – 의약품정보 – 암질환사용 약제 및 요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 '특정항암호르몬약물허가치료제'의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '특정항암호르몬약물허가치료제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중, 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 특정항암호르몬약물허가치료비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하며 최초계약의 계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50% 지급)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자에게 최초계약의 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

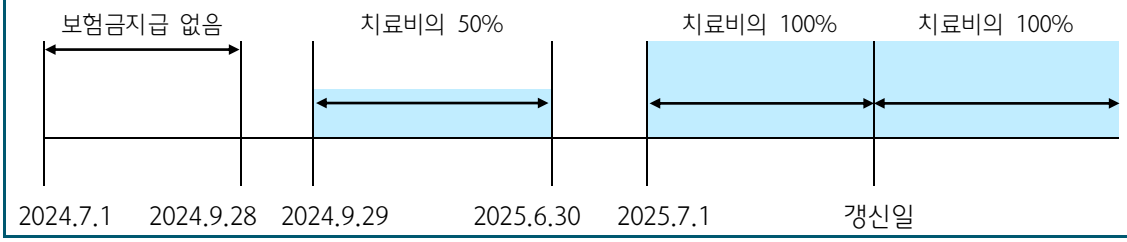
【예시】

최초계약일: 2024년 7월 1일

암보장개시일: 2024년 9월 29일

최초계약의 계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

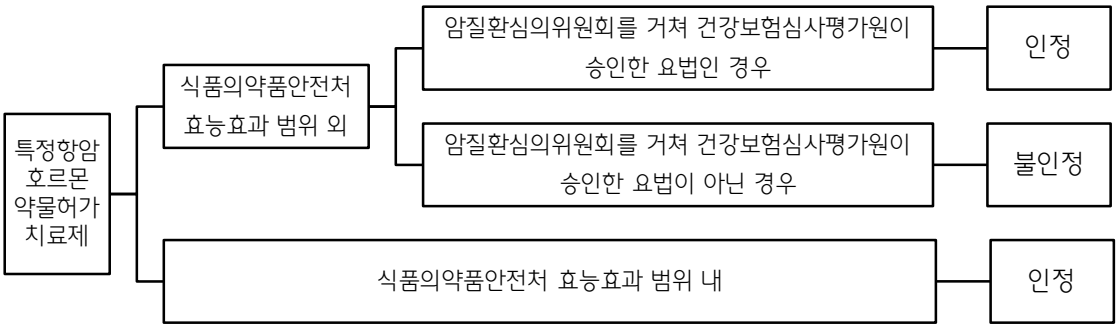
최초계약의 계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



④ 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 암보장개시일 이후 암으로 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우 그 암에 대하여 특정항암호르몬약물허가치료비를 최초 1회에 한하여 지급합니다.

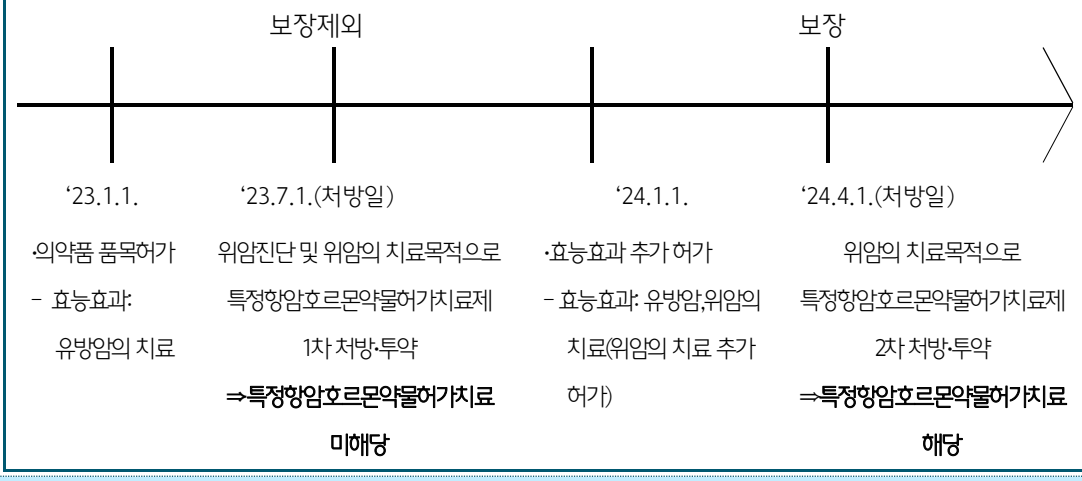
⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '특정항암호르몬약물허가치료비'는 '특정항암호르몬약물허가치료제'를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【특정항암호르몬약물허가치료제의 '안전성과 유효성 인정 범위']

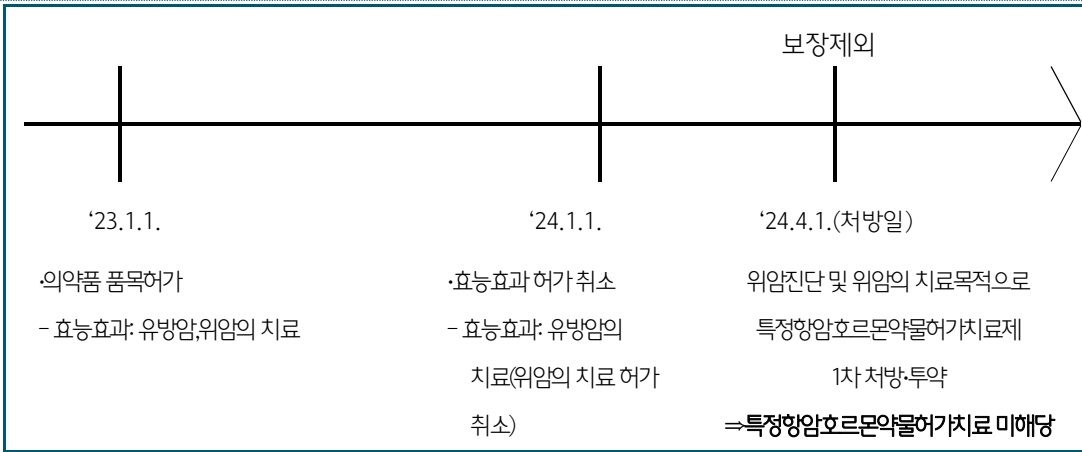


⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 ‘특정항암호르몬약물허가치료를 받았을 때’는 ‘특정항암호르몬약물허가치료제’를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 제2-1조의5(‘특정항암호르몬약물허가치료제’ 및 ‘특정항암호르몬약물허가치료’의 정의) 제3항에서 정한 ‘안전성과 유효성 인정 범위’는 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, ‘안전성과 유효성 인정 범위’가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 ‘안전성과 유효성 인정 범위’ 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【’안전성과 유효성 인정 범위’ 변경(추가) 예시: 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가】



【’안전성과 유효성 인정 범위’ 변경(삭제) 예시: 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】



⑦ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 특정항암호르몬약물허가치료 증명서, 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 특정항암호르몬약물허가치료 증명서는 다음의 서류를 말합니다.

1. 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)

가. 진단명

나. 투약한 약제의 제품명

다. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

라. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법’ 사용 여부

2. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

③ 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

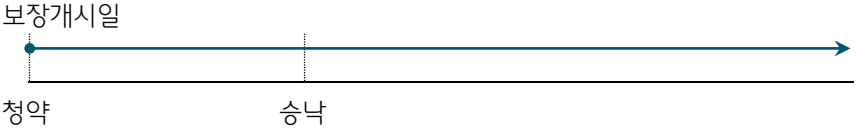
【보장개시일】

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

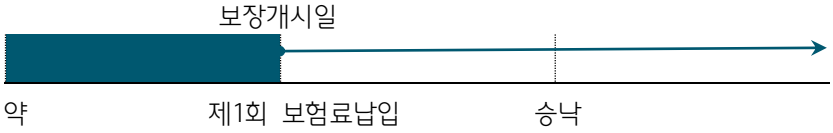
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일 (최초계약 기준)
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 갱신전 특약의 보험기간 중 보험료 납입이 면제된 이후에 본 조에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제1-12조(특약의 소멸) 및 제2-11조(“특약의 소멸”에 대한 특칙)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
4. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑦ 갱신계약의 보험가입금액 및 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 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. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
특정항암호르몬 약물허가치료비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우 (최초계약의 계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 갱신전 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
3. 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
4. '특정항암호르몬약물허가치료비'는 '특정항암호르몬약물허가치료제'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 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
5. '특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우'는 '특정항암호르몬약물허용치료제'를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 약관 제2-1조의5('특정항암호르몬약물허가치료제' 및 '특정항암호르몬약물허가치료'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.
6. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침’에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표2-3 특정항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명

① 아래 "특정항암호르몬약물허가치료제" 해당 의약품명 및 성분명은 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "특정항암호르몬약물허가치료제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과, 용법용량 등의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 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. "특정항암호르몬약물허가치료제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론 Abiraterone	자이티가정 500 밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
		아비테론정 500 밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아나스트로졸 Anastrozole	아리미덱스정(아나스트로졸)
		테바아나스트로졸정 1 밀리그램
		에이덱스정(아나스트로졸)
		아나스토정(아나스트로졸)
3	아팔루타마이드 Apalutamide	얼리다정(아팔루타마이드)
4	비칼루타미드 Bicalutamide	카소덱스정(비칼루타마이드)
		비카소정(비칼루타미드)
		카소비트정(비칼루타미드)
		프로카덱스정(비칼루타마이드)
		비카루드정(비칼루타미드)
		프로칼린정 50 밀리그램(비칼루타미드)
		프로세이드정(비칼루타미드)
		칼루타미정 50 밀리그램(비칼루타미드)
		칼루타미정 150 밀리그램(비칼루타미드)
		테바비칼루타마이드정 50 밀리그램
		카덱스정(비칼루타미드)
		피엠에스비칼루타미드정 50 밀리그램(비칼루타미드(미분화))

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
5	시프로테론아세테이트 cyproterone acetate	안드로쿨정(시프로테론아세테이트)
6	다로루타마이드 Darolutamide	뉴베카정 300 밀리그램(다로루타마이드)
7	데가렐릭스 Degarelix	퍼마곤주 80 밀리그램(데가렐릭스)
		퍼마곤주 120 밀리그램(데가렐릭스)
8	엔잘루타마이드 Enzalutamide	엑스탄디연질캡슐 40mg(엔잘루타마이드)
9	에스트라머스틴 Estramustine	에스트라시트캡슐 140 밀리그램 (에스트라머스틴인산나트륨수화물)
10	엑스메스탄 Exemestane	아로마신정 25mg(엑스메스탄)
11	풀베스트란트 Fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트)
		풀베트주(풀베스트란트)
12	고세렐린 Goserelin	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염)
		졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
13	레트로졸 Letrozole	페마라정(레트로졸)
		레나라정(레트로졸)
		브레트라정(레트로졸)
		파누엘정 2.5 밀리그램(레트로졸)
		테바레트로졸정 2.5 밀리그램
14	류프로렐린 Leuprorelin(leuprolide)	로렐린주사액(류프로렐린아세트산염)
		로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염)
		루피어데포주 3.75 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주 7.5 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주 22.5 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주 45 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린주 3.75mg(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주 3.75 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주 11.25 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주 22.5 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
15	메드록시프로게스테론 Medroxyprogesterone	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
16	메게스트롤 Megestrol	메게시아정 40mg(메게스트롤아세테이트)
		메게시아정 160mg(메게스트롤아세테이트)
17	타목시펜 Tamoxifen	광동타목시펜정(타목시펜시트르산염)
		광동타목시펜정 20 밀리그램(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스디정(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스정(타목시펜시트르산염)
		타목센정 20 밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정 10 밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정 20 밀리그램(타목시펜시트르산염)
18	트립토렐린 Triptorelin	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염)
		데카펩틸주 0.1 밀리그램(트립토렐린아세트산염)
		디페렐린피알 3.75 밀리그람주(초산트립토렐린)
		디페렐린피알주 11.25 밀리그람(파모산트립토렐린)
		디페렐린에스알주 22.5 밀리그램(트립토렐린파모산염)

별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
특정항암호르몬약물허가치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

30. (무)표적항암약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 2 편 개별사항 Ⅳ-489

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-489

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-489

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-489

제 2-1 조의 3【‘암’의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-489

제 2-1 조의 4【‘중증 갑상선암’ 및 ‘중증 이외 갑상선암’의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-491

제 2-1 조의 5【‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-491

제 2-1 조의 6【‘항암약물치료’의 정의】..... Ⅳ-492

제 2-1 조의 7【‘표적항암제’ 및 ‘표적항암약물허가치료’의 정의】..... Ⅳ-492

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-493

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-493

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-493

제 2-4 조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】..... Ⅳ-496

제 2-5 조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】..... Ⅳ-496

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-496

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-496

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-496

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-497

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-498

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-498

제 2-11 조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】..... Ⅳ-499

제 2-12 조【“특약의 무효”에 대한 특칙】..... Ⅳ-499

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-499

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-500

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-500

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-500

제 5 관 기타사항 Ⅳ-500

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-500

별표2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-501

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) Ⅳ-502

별표2-3 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 Ⅳ-504

별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-510

30. (무)표적항암약물허가치료특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)으로 특약의 보험기간과 동일한 기간을 말합니다.

나. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

다. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제2-1조의3【'암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 중증 이외 갑상선암
3. 제2-1조의5('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

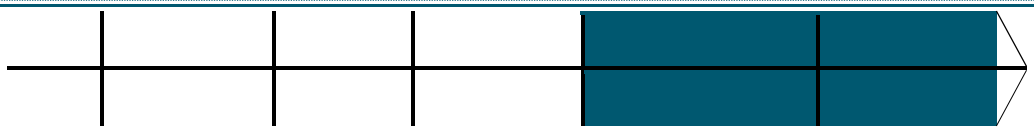
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로,

2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 기타피부암에 해당하지 않습니다.

③ '암' 및 '기타피부암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '암' 및 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 다만 '중증 갑상선암'의 진단확정은 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)의 제3항을 따릅니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암' 및 '기타피부암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증 갑상선암'은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, '갑상선암'이라 합니다) 중 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 갑상선암에 해당하지 않습니다.

② 이 특약에 있어서 '중증 이외 갑상선암'이라 함은 갑상선암에 해당하는 질병 중 '중증 갑상선암'을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

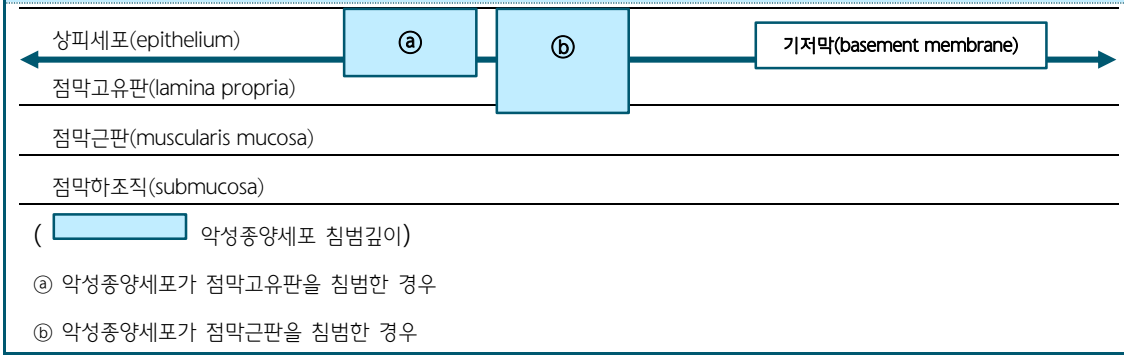
③ '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



② ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 기초로하며, 이 경우 ‘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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【‘항암약물치료’의 정의】

‘항암약물치료’라 함은 의료기관의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 대장점막내암, 기타피부암 또는 중증 이외 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 방법을 말합니다.

【‘항암화학요법’】
‘항암화학요법’이라 함은 암을 치료하기 위하여 항암제를 사용하는 것으로, 이러한 약물들은 암 세포의 성장을 방해하거나 분열을 억제하고 암세포의 사멸을 유도합니다.
【‘항암면역요법’】
‘항암면역요법’이라 함은 인체에 자연적으로 존재하는 면역기능을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물치료는 제외됩니다.

제2-1조의7【‘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】
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】
표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <(별표2-3 ‘표적항암제’ 해당 의약품명 및 성분명)>에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에 있어서 ‘표적항암약물허가치료’라 함은 항암약물치료 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘중증이외 갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’의 직접적인 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 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 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】

- 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색
- 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) – 의료정보 – 의약품정보 – 암질환사용 약제 및 요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 '표적항암제'의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '표적항암제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중, 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 또는 보장개시일 이후에 '기타피부암', '중증이외 갑상선암' 또는 '대장점막내암'으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 표적항암약물허가치료비('별표2-1 보험금지급기준표'참조)를 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하며 최초계약의 계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50% 지급)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자에게 최초계약의 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

【예시】

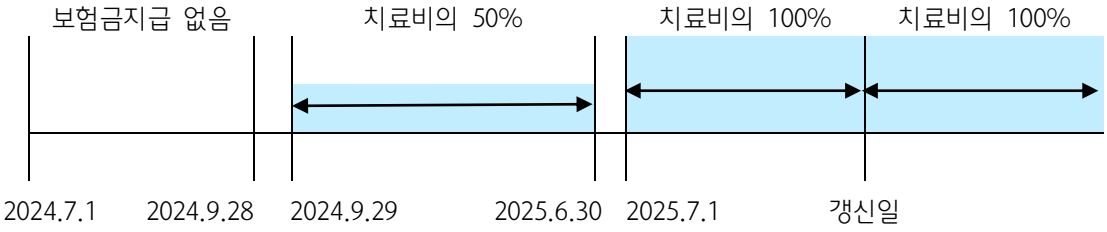
최초계약일: 2024년 7월 1일

최초계약의 계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

최초계약의 계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일

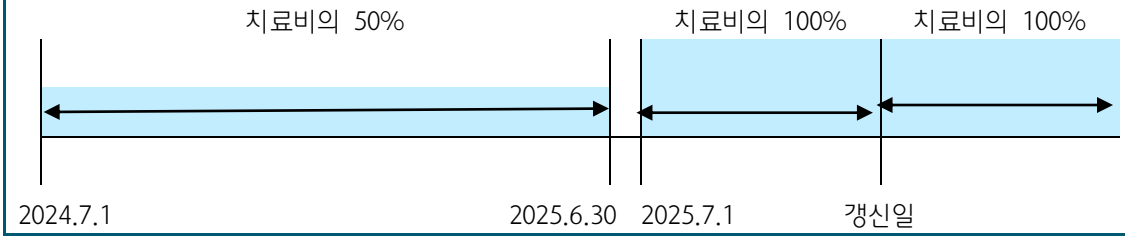
① '암'으로 진단 확정시

암보장개시일: 2024년 9월 29일



② '기타피부암', '중증이외 갑상선암', '대장점막내암'으로 진단 확정시

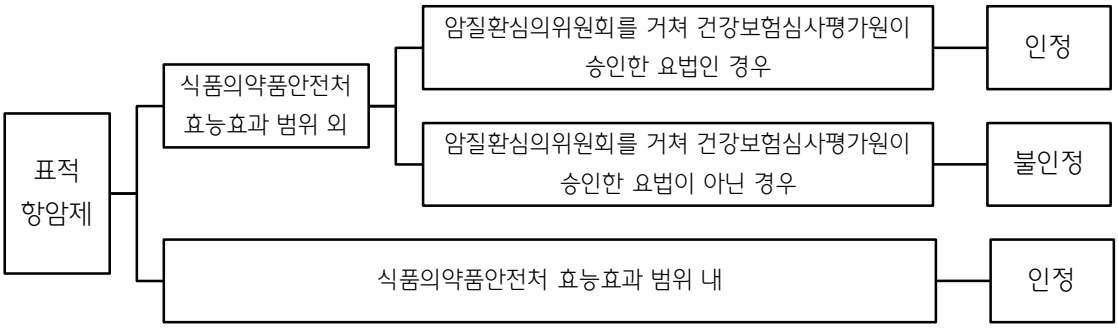
보장개시일: 2024년 7월 1일



④ 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 암보장개시일 이후 암으로 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 보장개시일 이후 기타피부암, 중증이외 갑상선암 또는 대장점막내암으로 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우 암, 기타피부암, 중증이외 갑상선암 또는 대장점막내암 중 어느 하나에 대하여 표적항암약물허가치료비를 최초 1회에 한하여 지급합니다.

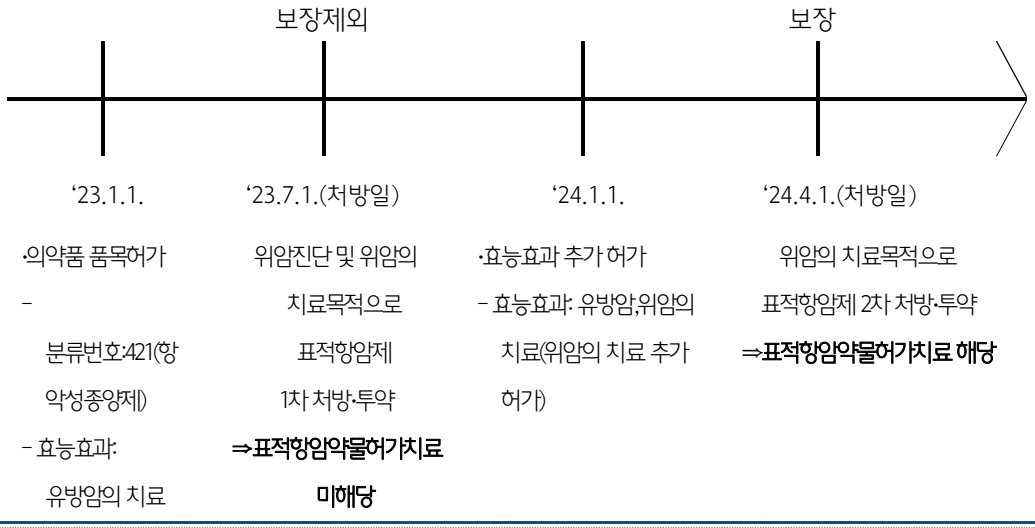
⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '표적항암약물허가치료비'는 '표적항암제'를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【표적항암제의 '안전성과 유효성 인정 범위'】

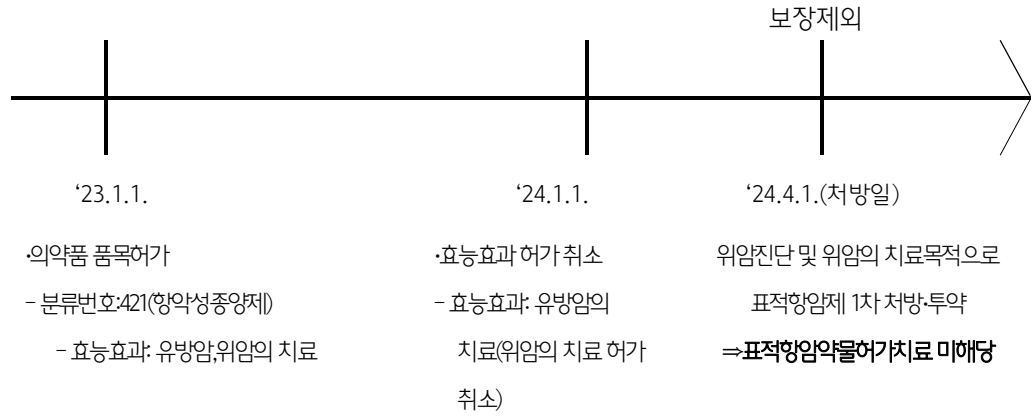


⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '표적항암약물허가치료를 받았을 때'는 '표적항암제'를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 제2-1조의7('표적항암제' 및 '표적항암약물허가치료'의 정의) 제3항에서 정한 '안전성과 유효성 인정 범위'는 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, '안전성과 유효성 인정 범위'가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 '안전성과 유효성 인정 범위' 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【'안전성과 유효성 인정 범위' 변경(추가) 예시: 의약품의 '효능효과' 추가 허가】



【'안전성과 유효성 인정 범위' 변경(삭제) 예시: 의약품의 '효능효과' 허가 취소】



⑦ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 표적항암약물허가치료 증명서, 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 표적항암약물허가치료 증명서는 다음의 서류를 말합니다.

1. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)

가. 진단명

나. 투약한 약제의 제품명

다. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

라. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법' 사용 여부

2. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

③ 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

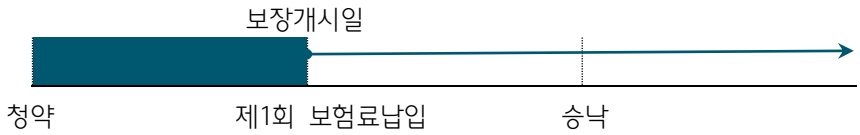
【보장개시일】
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일 (최초계약 기준)
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 갱신전 특약의 보험기간 중 보험료 납입이 면제된 이후에 본 조에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제1-12조(특약의 소멸) 및 제2-11조(“특약의 소멸”에 대한 특칙)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
4. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑦ 갱신계약의 보험가입금액 및 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 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. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
표적항암약물 허가치료비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 또는 보장개시일 이후에 기타피부암, 중증이외 갑상선암 또는 대장점막내암으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우 (최초계약의 계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 갱신전 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
3. 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
4. '표적항암약물허가치료비'는 '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. 향후 식품의약품안전처 효능효과 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
5. '표적항암약물허가치료를 받은 경우'는 '표적항암제'를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 약관 제2-1조의7('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.
6. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 갑상선의 악성신생물(암)	C73
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는

질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의5(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 갑상선의 악성신생물(C73)의 경우 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '중증 이외 갑상선암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
5. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표2-3 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명

① 아래 "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명은 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "표적항암제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 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."표적항암제"해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주25mg/ml(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밉삼합체 bortezomib	벨조밉주1밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨케이드주(보르테조밉삼합체)
		벨킨주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨킨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		보테벨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조벨주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조밉 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밉)
		키프롤리스주60밀리그램(카르필조밉)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정20밀리그램(코비메티닙)
10	크리조티닙 crizotinib	잴코리캡슐200밀리그램(크리조티닙)
		잴코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
11	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
12	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정20밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정50밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정70밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
13	엘로티닙염산염 erlotinib	광동엘로티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		광동엘로티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		디쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		디쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)
		엘로팁정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정25밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
14	에베로리무스 everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정5밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정10mg(에베로리무스)
15	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브)
		스펙사정250밀리그램(게피티니브)
		이레사정(게피티니브)
		이레티닙정250밀리그램(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		제피티닙정(게피티니브)
16	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
17	이매티닙메실산염 imatinib	글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매티퀄정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
18	익사조밉시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밉시트레이트)
19	라파티닙디토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
20	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
21	닐로티닙염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
22	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
23	올무티닙염산염일수화물 olmutinib	올리타정200밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
		올리타정400밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
24	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
25	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
26	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
27	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
28	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
29	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
30	룩소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
31	소라페닙토실레이트(미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
32	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
33	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
34	트라메티닙디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
35	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
36	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
37	비스모데깁 vismodegib	에리벳지캡슐150밀리그램(비스모데깁)
38	파노비노스타트락트산염 panobinostat	파리닥캡슐10밀리그램(파노비노스타트락트산염)
		파리닥캡슐15밀리그램(파노비노스타트락트산염)
		파리닥캡슐20밀리그램(파노비노스타트락트산염)
39	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐10mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐20mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐25mg(레날리도마이드)
		레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레날리드정(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		알보젠레날리도마이드캡슐5밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐10밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐15밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐25밀리그램
40	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
41	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
42	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
43	니라파립토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
44	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
45	트라스투주맙엠탄신 trastuzumabemtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
46	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴주150밀리그람(트라스투주맙) (단클론항체,유전자재조합)
		허셉틴주440밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙)
		허쥬마주150mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허쥬마주440mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
47	올라라투맙 olaratumab	라트루보주10밀리그램/밀리리터(올라라투맙,유전자재조합)
48	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙,유전자재조합)
49	엘로투주맙 elotuzumab	엠플리시티주300밀리그램(엘로투주맙,유전자재조합)
		엠플리시티주400밀리그램(엘로투주맙,유전자재조합)
50	실툭시맙 siltuximab	실반트주100밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
		실반트주400밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
51	세툭시맙 cetuximab	얼비툭스주5mg/mL(세툭시맙)
52	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램 (블리나투모맙,유전자재조합)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
53	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
54	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
55	리툭시맙 rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
56	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터 (라무시루맙,유전자재조합)
57	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
58	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
59	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
60	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
61	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드)
		탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
62	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
63	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합)
		여보이주500밀리그램/10밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합)
64	더발루맙durvalumab	임핀지주(더발루맙)
65	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
66	아멜루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
67	테르토모타이드염산염 tertomotide	리아백스주(테트로모타이드염산염)
68	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
69	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)

별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
표적항암약물허가치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

31. (무)항암방사선치료특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-513

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-513

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-513

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-513

제 2-1 조의 3【‘암’ 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-513

제 2-1 조의 4【‘중증 갑상선암’ 및 ‘중증 이외 갑상선암’의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-515

제 2-1 조의 5【‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-515

제 2-1 조의 6【‘항암방사선치료’의 정의】..... Ⅳ-516

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-516

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-516

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-516

제 2-4 조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】..... Ⅳ-517

제 2-5 조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】..... Ⅳ-517

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-518

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-518

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-518

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-519

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-519

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-520

제 2-11 조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】..... Ⅳ-520

제 2-12 조【“특약의 무효”에 대한 특칙】..... Ⅳ-520

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-520

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-520
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-520
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-520

제 5 관 기타사항 Ⅳ-521
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-521

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-522
별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) Ⅳ-523
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-525

31. (무)항암방사선치료특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 중증 이외 갑상선암
3. 제2-1조의5('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ '암' 및 '기타피부암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '암' 및 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 다만 '중증 갑상선암'의 진단확정은 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)의 제3항을 따릅니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암' 및 '기타피부암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

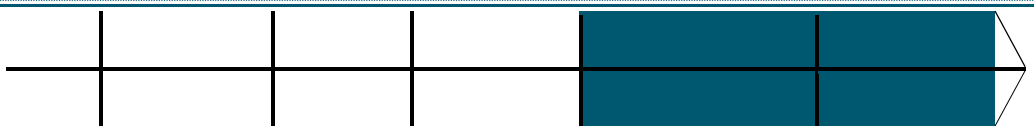
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

제2-1조의4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증 갑상선암'은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, '갑상선암'이라 합니다) 중 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 갑상선암에 해당하지 않습니다.

② 이 특약에 있어서 '중증 이외 갑상선암'이라 함은 갑상선암에 해당하는 질병 중 '중증 갑상선암'을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

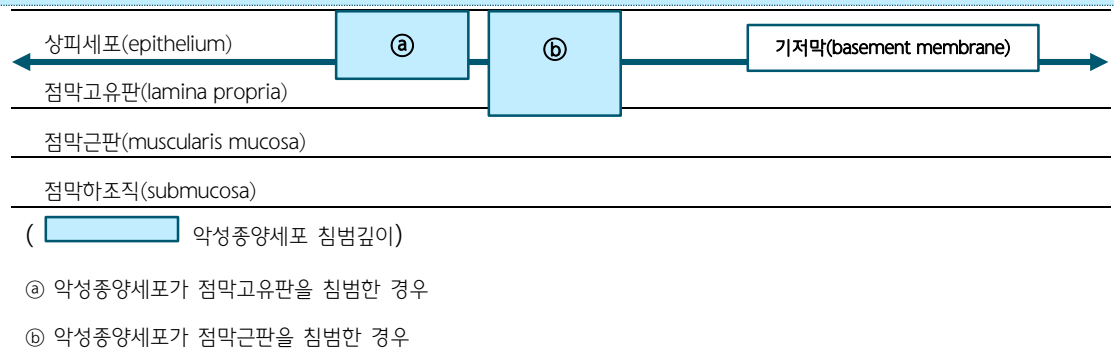
③ '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 기초로하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'항암방사선치료'의 정의】

'항암방사선치료'라 함은 의료기관의 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 대장점막내암, 기타피부암 또는 중증 이외 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고, '암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때: 항암방사선치료비Ⅰ(최초 1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50% 지급)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암', '중증 이외 갑상선암' 또는 '대장점막내암'으로 진단 확정되고, '기타피부암', '중증 이외 갑상선암' 또는 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때: 항암방사선치료비Ⅱ(각각 최초 1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50% 지급)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

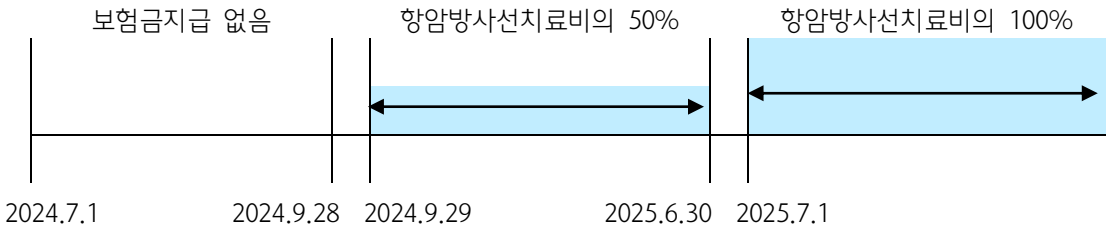
계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일

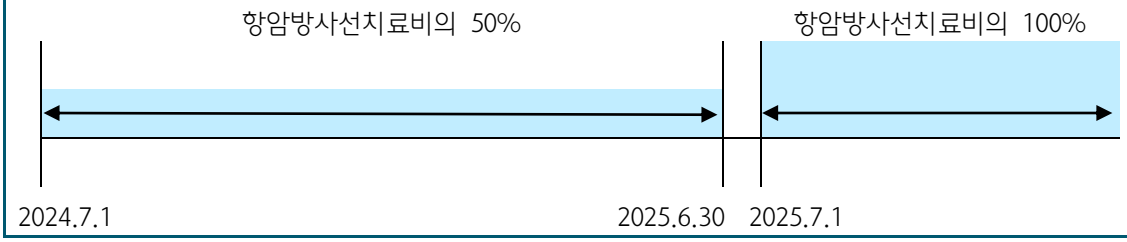
① '암'으로 진단 확정시

암보장개시일: 2024년 9월 29일



② '기타피부암', '중증이외 갑상선암', '대장점막내암'으로 진단 확정시

보장개시일: 2024년 7월 1일



③ 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정) 제1항에 따라 '기타피부암', '중증 이외 갑상선암' 및 '대장점막내암'은 '암'의 정의에서 제외되므로, '기타피부암', '중증 이외 갑상선암' 및 '대장점막내암'으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, '기타피부암', '중증 이외 갑상선암' 및 '대장점막내암' 각각에 해당하는 보험금을 지급하고, '암'에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.

④ 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 보장개시일 이후 이미 항암방사선치료비가 지급된 '암', '기타피부암', '중증 이외 갑상선암' 또는 '대장점막내암' 과 동일하거나 인과관계가 있는 경우(이미 항암방사선치료비가 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이되는 경우)에는 항암방사선치료비를 지급하지 않습니다.

⑤ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 항암방사선치료증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

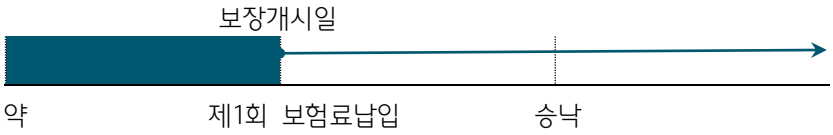
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('암'등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	납입기간 이내(2024.1.1~2033.12.31) 해약환급금 없음
2	20,000	0	
:	:	:	
119	1,190,000	0	
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~) 표준형 상품 해약환급금의 50%
122	1,220,000	610,000	
:	:	:	

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명		지급사유	지급금액
항암방사선 치료비 (제2-2조)	항암방사선 치료비 I	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때 (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%
	항암방사선 치료비 II	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50%지급, 각각 최초 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 20%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.
3. C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 따라서 기타피부암, 중증 이외 갑상선암, 유방암 및 남녀생식기암 등이 전이되어 이차성암으로 진단받는 경우에도 보장여부를 원발부위 기준으로 분류합니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 갑상선의 악성신생물(암)	C73
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가

판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의5(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.

4. 갑상선의 악성신생물(C73)의 경우 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '중증 이외 갑상선암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.

5. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
항암방사선치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

32. (무)항암세기조절방사선치료특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 2 편 개별사항 Ⅳ-528

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-528

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-528

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-528

제 2-1 조의 3【'암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-528

제 2-1 조의 4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-530

제 2-1 조의 5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-530

제 2-1 조의 6【'항암방사선치료'의 정의】..... Ⅳ-531

제 2-1 조의 7【'항암세기조절방사선치료'의 정의】..... Ⅳ-531

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-531

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-531

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-532

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-532

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-533

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-533

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-533

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-533

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-534

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-534

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-535

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-535

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-536

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-536

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-536
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-536
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-536

제 5 관 기타사항 Ⅳ-537
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-537

별표2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-538
별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) Ⅳ-539
별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-541

32. (무)항암세기조절방사선치료특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)으로 특약의 보험기간과 동일한 기간을 말합니다.

나. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

다. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제2-1조의3【'암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 중증 이외 갑상선암
3. 제2-1조의5('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

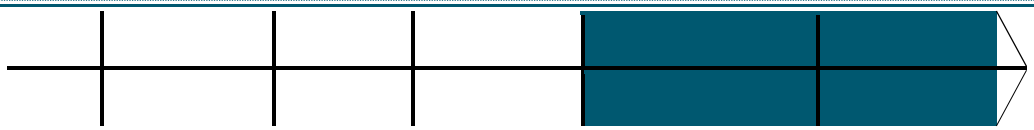
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로,

2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 기타피부암에 해당하지 않습니다.

③ '암' 및 '기타피부암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '암' 및 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 다만 '중증 갑상선암'의 진단확정은 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)의 제3항을 따릅니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암' 및 '기타피부암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증 갑상선암'은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, '갑상선암'이라 합니다) 중 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 갑상선암에 해당하지 않습니다.

② 이 특약에 있어서 '중증 이외 갑상선암'이라 함은 갑상선암에 해당하는 질병 중 '중증 갑상선암'을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

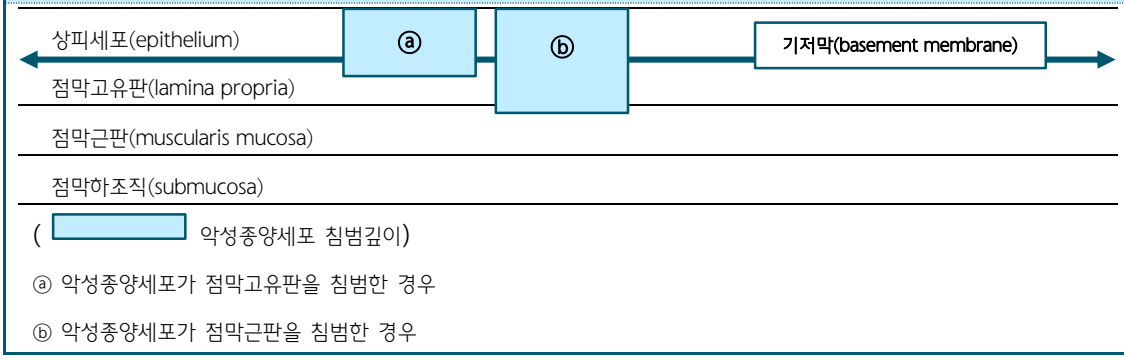
③ '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 기초로하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'항암방사선치료'의 정의】

'항암방사선치료'라 함은 의료기관의 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2-1조의7【'항암세기조절방사선치료'의 정의】

'항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)'라 함은 제2-1조의6('항암방사선치료'의 정의)에서 정한 '항암방사선치료' 중, 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 세기조절방사선치료법을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 항암방사선치료를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

【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 방사선치료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중, 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 또는 보장개시일 이후에 '기타피부암', '중증이외 갑상선암' 또는 '대장점막내암'으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 항암세기조절방사선치료비('별표2-1 보험금지급기준표'참조)를 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하며 최초계약의 계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50% 지급)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자에게 최초계약의 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

【예시】

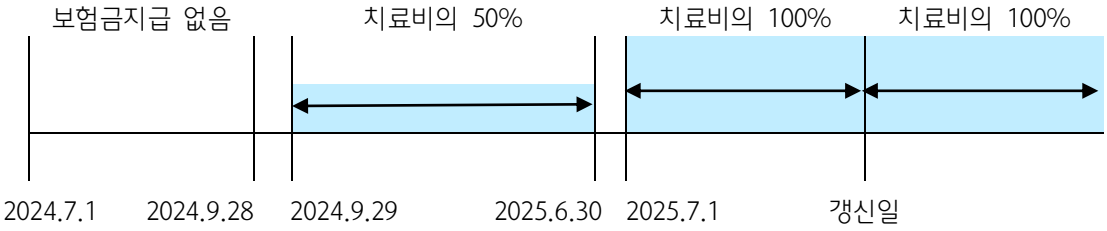
최초계약일: 2024년 7월 1일

최초계약의 계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

최초계약의 계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일

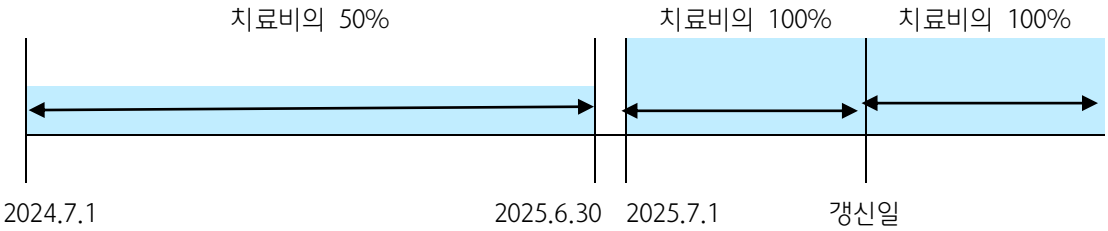
① '암'으로 진단 확정시

암보장개시일: 2024년 9월 29일



② '기타피부암', '중증이외 갑상선암', '대장점막내암'으로 진단 확정시

보장개시일: 2024년 7월 1일



④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 항암방사선치료증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

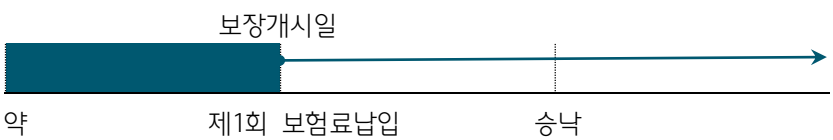
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일 (최초계약 기준)
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 갱신전 특약의 보험기간 중 보험료 납입이 면제된 이후에 본 조에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제1-12조(특약의 소멸) 및 제2-11조(“특약의 소멸”에 대한 특칙)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
4. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑦ 갱신계약의 보험가입금액 및 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제2-11조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3(‘암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 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. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
항암세기조절 방사선치료비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 또는 보장개시일 이후에 기타피부암, 중증이외 갑상선암 또는 대장점막내암으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받았을 때 (최초계약의 계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 갱신전 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
3. 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 갑상선의 악성신생물(암)	C73
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는

질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의5(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.

4. 갑상선의 악성신생물(C73)의 경우 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '중증 이외 갑상선암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.

5. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
항암세기조절방사선치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

33. (무)항암약물치료특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-544

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-544

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-544

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-544

제 2-1 조의 3【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-544

제 2-1 조의 4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-546

제 2-1 조의 5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-546

제 2-1 조의 6【'항암약물치료'의 정의】..... Ⅳ-547

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-547

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-547

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-547

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-548

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-548

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-549

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-549

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-549

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-550

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-550

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-551

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-551

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-551

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-551

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-551

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-551

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-551

제 5 관 기타사항 Ⅳ-552

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-552

별표2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-553

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) Ⅳ-554

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-556

33. (무)항암약물치료특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정) 제2항에서 정한 중증 이외 갑상선암
3. 제2-1조의5('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

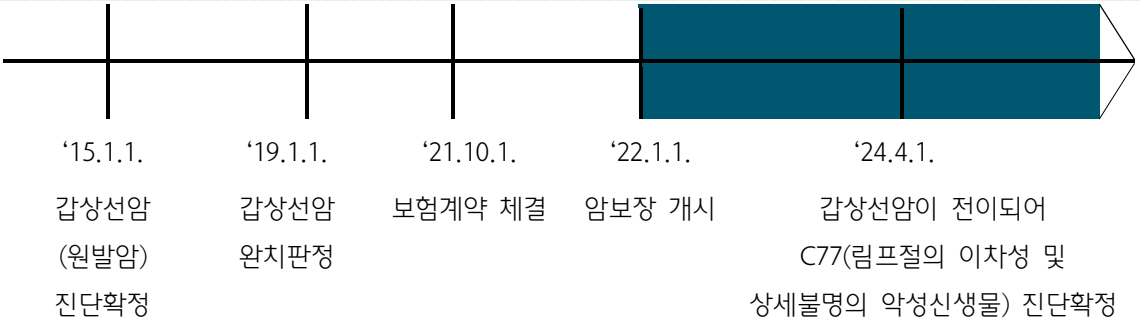
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ '암' 및 '기타피부암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '암' 및 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 다만, '중증 갑상선암'의 진단확정은 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정) 제3항을 따릅니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암' 및 '기타피부암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증 갑상선암'은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, '갑상선암'이라 합니다) 중 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 갑상선암에 해당하지 않습니다.

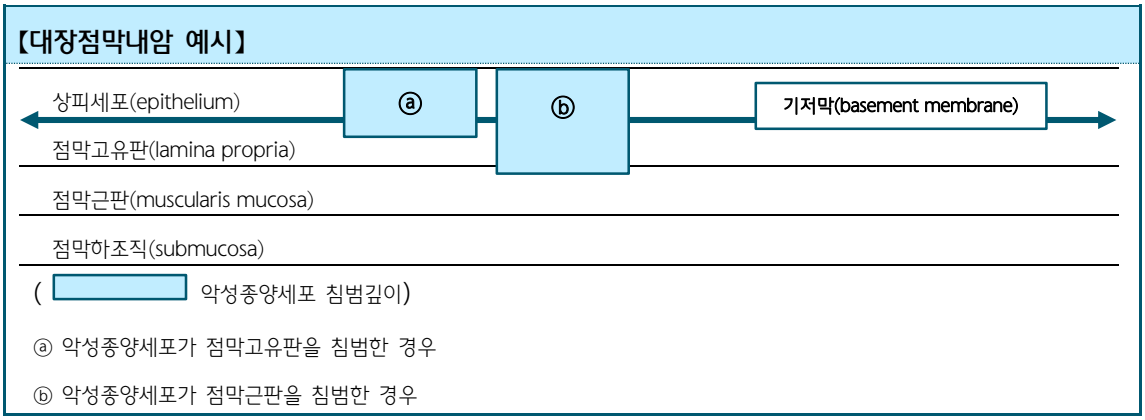
② 이 특약에 있어서 '중증 이외 갑상선암'이라 함은 갑상선암에 해당하는 질병 중 '중증 갑상선암'을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'항암약물치료'의 정의】

'항암약물치료'라 함은 의료기관의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 대장점막내암, 기타피부암 또는 중증 이외 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 방법을 말합니다.

【'항암화학요법'】
'항암화학요법'이라 함은 암을 치료하기 위하여 항암제를 사용하는 것으로, 이러한 약물들은 암 세포의 성장을 방해하거나 분열을 억제하고 암세포의 사멸을 유도합니다.
【'항암면역요법'】
'항암면역요법'이라 함은 인체에 자연적으로 존재하는 면역기능을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물치료는 제외됩니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고, '암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때: 항암약물치료비Ⅰ(계약일부터 1 년미만 보험금 지급사유 발생시 50%지급, 최초 1 회에 한함)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 '기타피부암', '중증 이외 갑상선암' 또는 '대장점막내암'으로 진단 확정되고, '기타피부암', '중증 이외 갑상선암' 또는 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때: 항암약물치료비Ⅱ(계약일부터 1 년미만 보험금 지급사유 발생시 50%지급, 각각 최초 1 회에 한함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 암보장개시일 이후 계약일부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

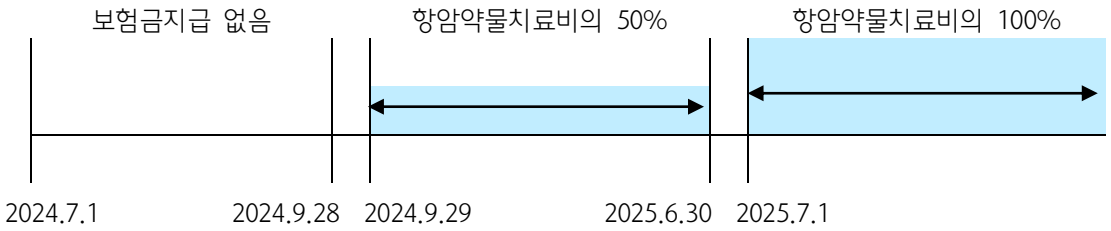
계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일

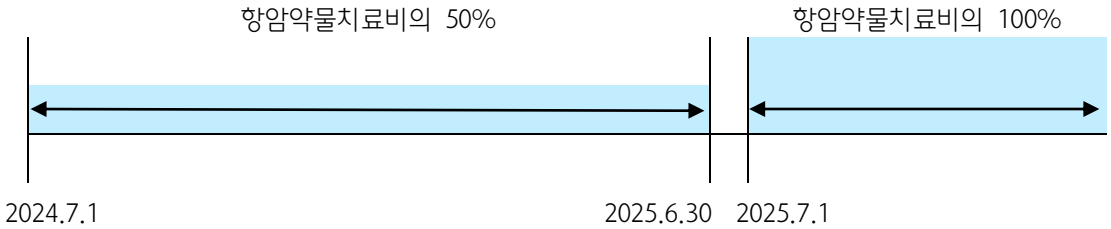
① '암'으로 진단 확정시

암보장개시일: 2024년 9월 29일



② '기타피부암', '중증이외 갑상선암', '대장점막내암'으로 진단 확정시

보장개시일: 2024년 7월 1일



③ 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 보장개시일 이후 이미 항암약물치료비가 지급된 '암', '기타피부암', '중증 이외 갑상선암' 또는 '대장점막내암'과 동일하거나 인과관계가 있는 경우(이미 항암약물치료비가 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이되는 경우)에는 항암약물치료비를 지급하지 않습니다.

④ 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정) 제1항에 따라 '기타피부암', '중증 이외 갑상선암' 및 '대장점막내암'은 '암'의 정의에서 제외되므로, '기타피부암', '중증 이외 갑상선암' 및 '대장점막내암'으로 보험금 지급사유가 발생한 경우, '기타피부암', '중증 이외 갑상선암' 및 '대장점막내암' 각각에 해당하는 보험금을 지급하고, '암'에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.

⑤ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 질병진단서, 항암약물치료증명서, 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

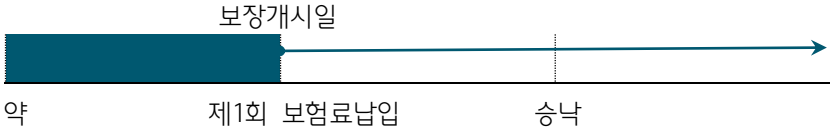
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3('암'등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)'으로 진단확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명		지급사유	지급금액
항암약물 치료비 (제2-2조)	항암약물 치료비 Ⅰ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때 (계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 50%지급, 최초 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100%
	항암약물 치료비 Ⅱ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때(계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 50%지급, 각각 최초 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 20%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
2. C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 따라서, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 등이 전이되어 이차성암으로 진단받는 경우에도 보장여부를 원발부위 기준으로 분류합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의5(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. '갑상선의 악성신생물(C73)'의 경우 이 특약 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '중증 이외 갑상선암'은 제외됩니다.
5. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
항암약물치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

34. (무)항암양성자방사선치료특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 2 편 개별사항 Ⅳ-559

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-559

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-559

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-559

제 2-1 조의 3【'암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-559

제 2-1 조의 4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-561

제 2-1 조의 5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-561

제 2-1 조의 6【'항암방사선치료'의 정의】..... Ⅳ-562

제 2-1 조의 7【'항암양성자방사선치료'의 정의】..... Ⅳ-562

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-562

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-562

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-562

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-563

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-563

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-564

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-564

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-564

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-565

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-565

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-566

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-566

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-566

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-567

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-567

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-567

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-567

제 5 관 기타사항 Ⅳ-567

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-567

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-568

별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)..... Ⅳ-569

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-571

34. (무)항암양성자방사선치료특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)으로 특약의 보험기간과 동일한 기간을 말합니다.

나. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

다. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제2-1조의3【'암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 중증 이외 갑상선암
3. 제2-1조의5('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

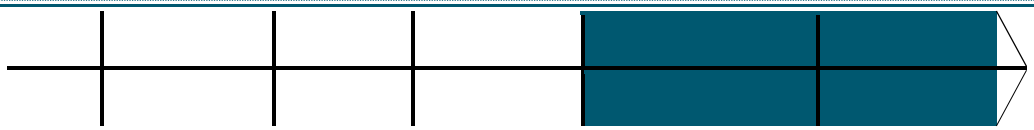
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



'15.1.1.	'19.1.1.	'21.10.1.	'22.1.1.	'24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로,

2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 기타피부암에 해당하지 않습니다.

③ '암' 및 '기타피부암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '암' 및 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 다만 '중증 갑상선암'의 진단확정은 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)의 제3항을 따릅니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암' 및 '기타피부암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증 갑상선암'은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, '갑상선암'이라 합니다) 중 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 갑상선암에 해당하지 않습니다.

② 이 특약에 있어서 '중증 이외 갑상선암'이라 함은 갑상선암에 해당하는 질병 중 '중증 갑상선암'을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

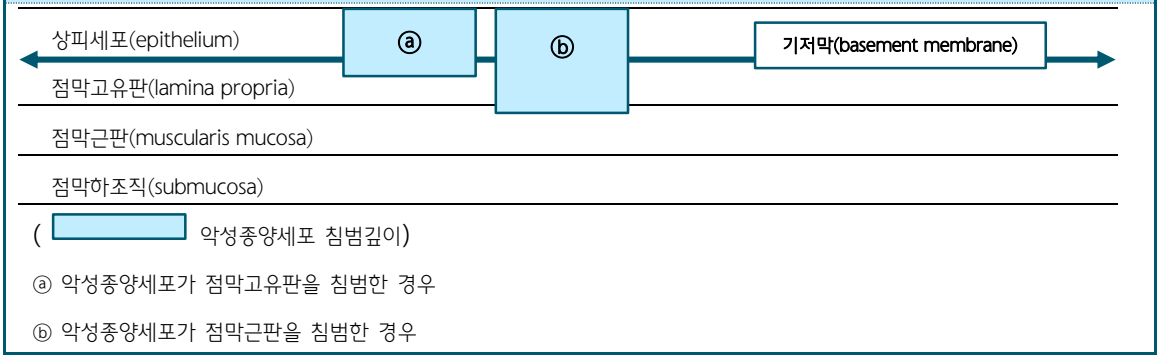
③ '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 기초로하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'항암방사선치료'의 정의】

'항암방사선치료'라 함은 의료기관의 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2-1조의7【'항암양성자방사선치료'의 정의】

'항암양성자방사선치료'라 함은 제2-1조의6('항암방사선치료'의 정의)에서 정한 '항암방사선치료' 중, 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 항암방사선치료를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중, 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 또는 보장개시일 이후에 '기타피부암', '중증이외 갑상선암' 또는 '대장점막내암'으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암양성자방사선치료를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 항암양성자방사선치료비('별표2-1 보험금지급기준표'참조)를 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하며 최초계약의 계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50% 지급)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 피보험자에게 최초계약의 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

【예시】

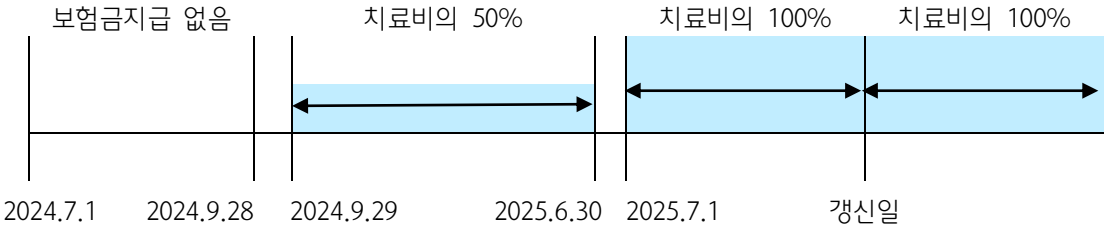
최초계약일: 2024년 7월 1일

최초계약의 계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

최초계약의 계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일

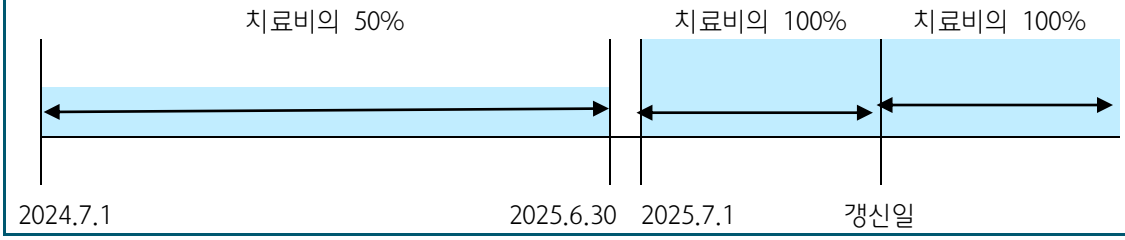
① '암'으로 진단 확정시

암보장개시일: 2024년 9월 29일



② '기타피부암', '중증이외 갑상선암', '대장점막내암'으로 진단 확정시

보장개시일: 2024년 7월 1일



④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 항암방사선치료증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

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

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(‘암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일 (최초계약 기준)
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 갱신전 특약의 보험기간 중 보험료 납입이 면제된 이후에 본 조에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제1-12조(특약의 소멸) 및 제2-11조(“특약의 소멸”에 대한 특칙)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
4. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑦ 갱신계약의 보험가입금액 및 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제2-11조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 최초계약의 계약일 또는 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3(‘암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 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. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
항암양성자 방사선치료비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 또는 보장개시일 이후에 기타피부암, 중증이외 갑상선암 또는 대장점막내암으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암양성자방사선치료를 받았을 때 (최초계약의 계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 갱신전 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
3. 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 갑상선의 악성신생물(암)	C73
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는

질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의5(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 갑상선의 악성신생물(C73)의 경우 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '중증 이외 갑상선암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
5. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
항암양성자방사선치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

35. (무)항암중입자방사선치료특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅳ-574

제 1 관 용어의 정의 Ⅳ-574

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅳ-574

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅳ-574

제 2-1 조의 3【'암' 등의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-574

제 2-1 조의 4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-576

제 2-1 조의 5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】..... Ⅳ-576

제 2-1 조의 6【'항암방사선치료'의 정의】..... Ⅳ-576

제 2-1 조의 7【'항암양성자방사선치료'의 정의】..... Ⅳ-577

제 2-1 조의 8【'항암중입자방사선치료'의 정의】..... Ⅳ-577

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅳ-577

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅳ-577

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅳ-577

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅳ-578

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅳ-578

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅳ-578

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅳ-579

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅳ-579

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅳ-580

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅳ-580

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅳ-580

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅳ-580

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅳ-580

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅳ-581

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅳ-581

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅳ-581

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅳ-581

제 5 관 기타사항 Ⅳ-582

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅳ-582

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅳ-583

별표 2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)..... Ⅳ-584

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅳ-586

35. (무)항암중입자방사선치료특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **암보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) ('별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 중증 이외 갑상선암
3. 제2-1조의5('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 기타피부암에 해당하지 않습니다.

③ '암' 및 '기타피부암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '암' 및 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 다만 '중증 갑상선암'의 진단확정은 제2-

1조의4(‘중증 갑상선암’ 및 ‘중증 이외 갑상선암’의 정의 및 진단확정)의 제3항을 따릅니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’ 및 ‘기타피부암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침’에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】

‘15.1.1.	‘19.1.1.	‘21.10.1.	‘22.1.1.	‘24.4.1.
갑상선암 (원발암) 진단확정	갑상선암 완치판정	보험계약 체결	암보장 개시	갑상선암이 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물) 진단확정

⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

제2-1조의4【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증 갑상선암'은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, '갑상선암'이라 합니다) 중 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 갑상선암에 해당하지 않습니다.

② 이 특약에 있어서 '중증 이외 갑상선암'이라 함은 갑상선암에 해당하는 질병 중 '중증 갑상선암'을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

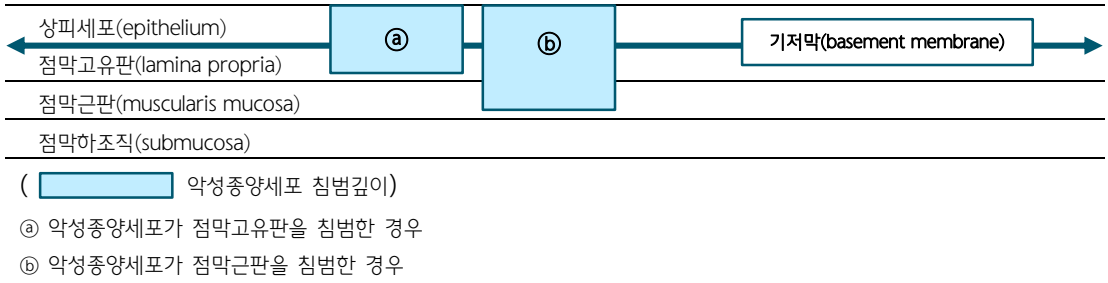
③ '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 기초로하며, 이 경우 '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 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6【'항암방사선치료'의 정의】

'항암방사선치료'라 함은 의료기관의 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가

피보험자의 암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2-1조의7【'항암양성자방사선치료'의 정의】

'항암양성자방사선치료'라 함은 제2-1조의6('항암방사선치료'의 정의)에서 정한 '항암방사선치료' 중, 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 항암방사선치료를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제2-1조의8【'항암중입자방사선치료'의 정의】

'항암중입자방사선치료'라 함은 제2-1조의6('항암방사선치료'의 정의)에서 정한 '항암방사선치료' 중, 국내에 허가된 중입자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 '항암방사선치료'를 말하며, '함암양성자방사선치료'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.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중, 피보험자가 암보장개시일 이후에 '암'으로 진단 확정되고 또는 보장개시일 이후에 '기타피부암', '중증이외 갑상선암' 또는 '대장점막내암'으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암중입자방사선치료를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 항암중입자방사선치료비('별표2-1 보험금지급기준표' 참조)를 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50% 지급)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료

납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

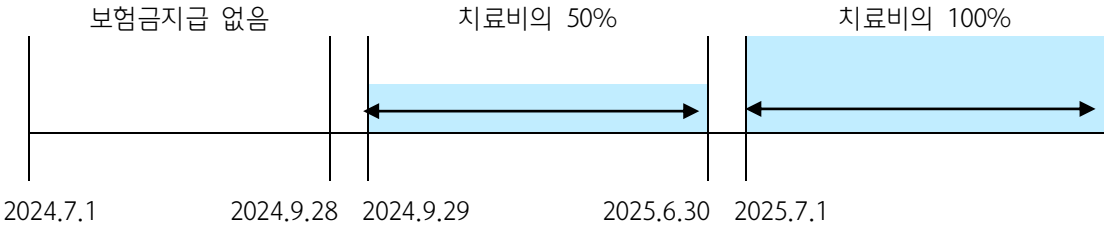
계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일

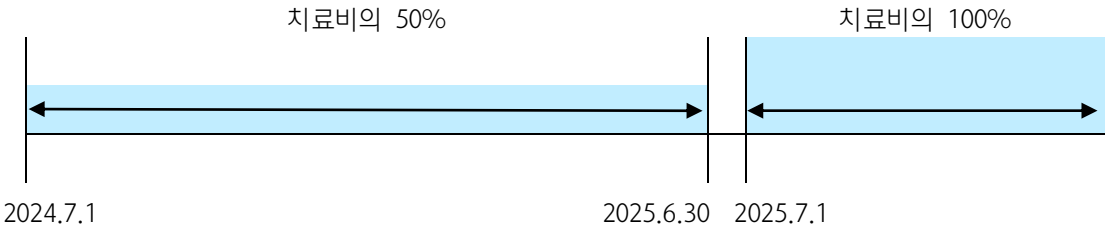
① '암'으로 진단 확정시

암보장개시일: 2024년 9월 29일



② '기타피부암', '중증이외 갑상선암', '대장점막내암'으로 진단 확정시

보장개시일: 2024년 7월 1일



③ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 항암중입자방사선치료증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

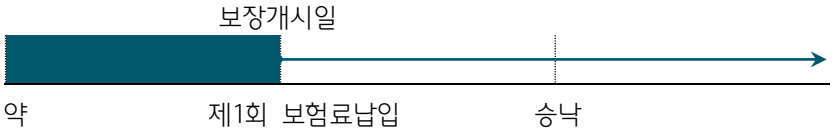
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('암' 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 암보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('암'등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	납입기간 이내(2024.1.1~2033.12.31) 해약환급금 없음
2	20,000	0	
:	:	:	
119	1,190,000	0	
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~) 표준형 상품 해약환급금의 50%
122	1,220,000	610,000	
:	:	:	

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
항암중입자 방사선치료비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 또는 보장개시일 이후에 기타피부암, 중증이외 갑상선암 또는 대장점막내암으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 항암중입자방사선치료를 받았을 때 (계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 치료비의 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 갑상선의 악성신생물(암)	C73
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는

질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제2-1조의5(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 갑상선의 악성신생물(C73)의 경우 제2-1조의4('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '중증 이외 갑상선암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
5. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
항암중입자방사선치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

01. (무)관상동맥(심장동맥)우회 수술특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-3

제 1 관 용어의 정의 V-3

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-3

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-3

제 2-1 조의 3【'관상동맥(심장동맥)우회수술'의 정의 및 진단확정】..... V-3

제 2 관 보험금의 지급 등 V-3

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-4

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-4

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-4

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-4

제 2-6 조【사고증명서】..... V-4

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-5

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-5

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-5

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-5

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-6

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-6

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-6

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-6

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-7

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-7

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-7

제 5 관 기타사항 Ⅴ-8

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-8

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-9

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅴ-10

01. (무)관상동맥(심장동맥)우회 수술특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'관상동맥(심장동맥)우회수술'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '관상동맥(심장동맥)우회수술'이라 함은 관상동맥(심장동맥)질환(Coronary Artery Disease)의 근본적인 치료를 직접적인 목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(Great Saphenous Vein), 내유동맥(Internal Mammary Artery) 등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원부위의 관상동맥(심장동맥)에 연결하여 주는 수술을 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 모두 보장에서 제외합니다.

【보장에서 제외되는 수술 예시】
관상동맥(심장동맥)성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트 삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반절제술(Rotational Atherectomy) 등

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '관상동맥(심장동맥)우회수술'을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 관상동맥(심장동맥)우회 수술비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다(최초 1회 한함). 다만, 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

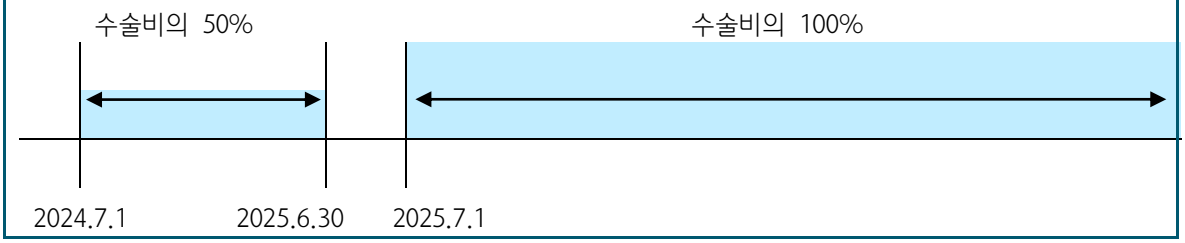
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

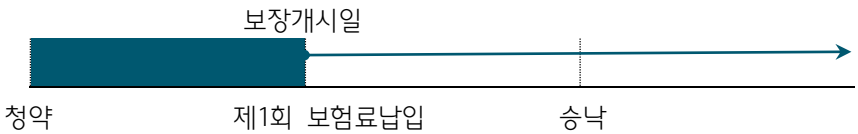
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
관상동맥(심장동맥)우회수술비(제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '관상동맥(심장동맥)우회수술'을 받았을 때 (계약일부터 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '관상동맥(심장동맥)우회 수술비'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
관상동맥(심장동맥)우회 수술비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

02. (무)급성뇌경색증 혈전용해치료특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-13

제 1 관 용어의 정의 V-13

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-13

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-13

제 2-1 조의 3【'급성뇌경색증'의 정의 및 진단확정】..... V-13

제 2-1 조의 4【'혈전용해치료'의 정의와 장소】..... V-14

제 2 관 보험금의 지급 등 V-14

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-14

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-14

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-15

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-15

제 2-6 조【사고증명서】..... V-15

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-15

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-15

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-16

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-16

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-17

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-17

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-17

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-17

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-17

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-17

제 2-15 조【해약환급금】..... V-18

제 5 관 기타사항 V-19

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... V-19

별표 2-1 보험금 지급기준표 V-20

별표 2-2 뇌경색증 분류표 V-21

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... V-22

02. (무)급성뇌경색증 혈전용해치료특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'급성뇌경색증'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '급성뇌경색증'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 급성뇌경색증 분류표('별표2-2 뇌경색증 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병 코딩지침서에 의하여 '과거 무증상성 열공성 뇌경색(old asymptomatic lacunar infarction)', '진구성뇌경색(old infarction)' 및 '일과성허혈발작(transient ischemic attack)'은 보장하지 않습니다.

② '급성뇌경색증'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 특이적 증상과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI) 등을 기초로 하여야 합니다.

【뇌전산화 단층촬영(brain CT scan)】
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술
【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

③ 피보험자가 사망하여 제2항에서 정하는 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성뇌경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2-1조의4【'혈전용해치료'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '혈전용해치료'라 함은 의사가 피보험자의 급성뇌경색증의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해제를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 '혈전용해제'라 함은 "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 제외합니다.

【'혈전'】
혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리
【'색전'】
혈관 및 림프관 안에 생긴 유리물이 관의 일부 또는 전부를 막은 상태 또는 그 원인물질(고체, 액체 또는 기체)

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '급성뇌경색증'으로 진단이 확정되고 그 급성뇌경색증의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급성뇌경색증 혈전용해치료비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년미만 보험금지급사유 발생시 해당 보험금의 50%를 지급합니다)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

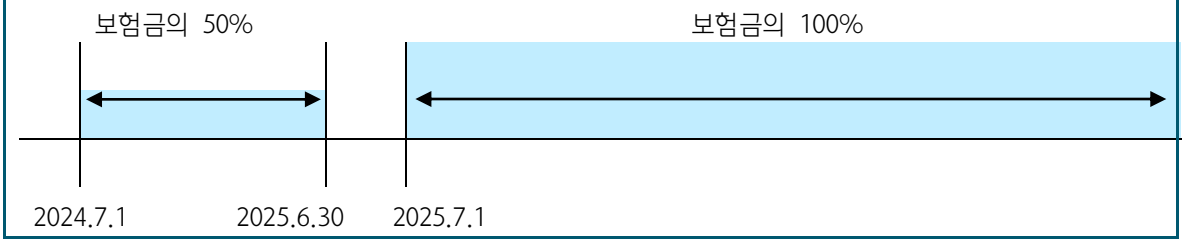
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유) 에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

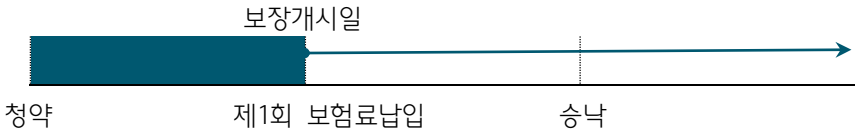
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
급성뇌경색증 혈전용해치료비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '급성뇌경색증'으로 진단이 확정되고 그 급성뇌경색증의 직접적인 치료를 목적으로 '혈전용해치료'를 받았을 때 (최초 1회 한하며, 계약일로부터 1년미만 보험금지급사유 발생시 해당 보험금의 50% 지급)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 뇌경색증 분류표

약관에 규정하는 '급성뇌경색증'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '급성뇌경색증'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 뇌경색증	I63

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '급성뇌경색증'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
급성뇌경색증 혈전용해치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

03. (무)급성심근경색증 진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-25

제 1 관 용어의 정의 V-25

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-25

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-25

제 2-1 조의 3【'급성심근경색증'의 정의 및 진단확정】..... V-25

제 2 관 보험금의 지급 등 V-26

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-26

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-26

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-27

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-27

제 2-6 조【사고증명서】..... V-27

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-27

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-27

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-28

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-28

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-28

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-28

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-29

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-29

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-29

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-29

제 2-15 조【해약환급금】..... V-29

제 5 관 기타사항 V-30

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... V-30

별표 2-1 보험금 지급기준표 V-31

별표 2-2 급성심근경색증 분류표 V-32

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 V-33

03. (무)급성심근경색증 진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'급성심근경색증'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '급성심근경색증'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 급성심근경색증 분류표('별표2-2 급성심근경색증 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【심전도 검사】
심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.
【심장초음파 검사】
심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.
【관상동맥(심장동맥)촬영술】
관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
【심장효소검사】
심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.
【핵의학 검사】
방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '급성심근경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 '급성심근경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '급성심근경색증'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급성심근경색증 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 최초 1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 진단 확정시 해당 진단자금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

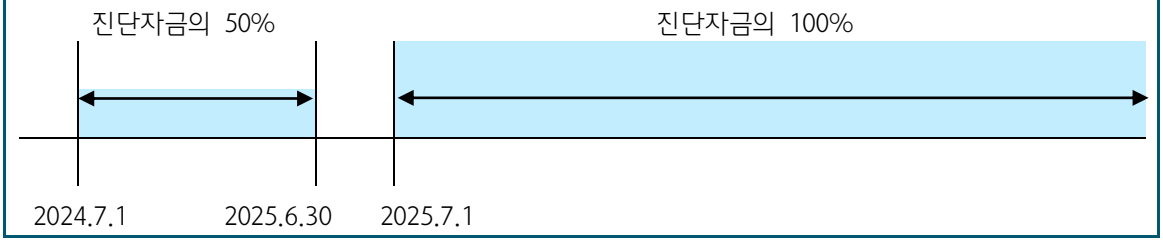
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유) 에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 '급성심근경색증'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증 진단자금을 지급합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

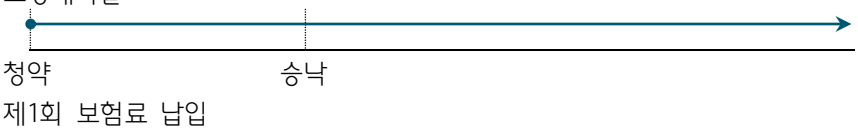
【보장개시일】

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.

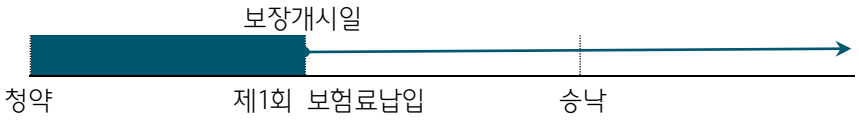
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	납입기간 이내 (2024.1.1~2033.12.31) 해약환급금 없음
2	20,000	0	
:	:	:	
119	1,190,000	0	
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~) 표준형 상품 해약환급금의 50%
122	1,220,000	610,000	
:	:	:	

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
급성심근경색증 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '급성심근경색증'으로 진단이 확정되었을 때 (계약일부터 1년미만 진단확정시 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '급성심근경색증 진단자금'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 '급성심근경색증'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '급성심근경색증'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '급성심근경색증'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
급성심근경색증 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

04. (무)급성심근경색증 혈전용해치료특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-36

제 1 관 용어의 정의 V-36

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-36

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-36

제 2-1 조의 3【'급성심근경색증'의 정의 및 진단확정】..... V-36

제 2-1 조의 4【'혈전용해치료'의 정의와 장소】..... V-37

제 2 관 보험금의 지급 등 V-37

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-37

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-38

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-38

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-38

제 2-6 조【사고증명서】..... V-38

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-38

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-38

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-39

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-39

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-40

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-40

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-40

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-40

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-41

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-41

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-41

제 5 관 기타사항 Ⅴ-42

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-42

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-43

별표 2-2 급성심근경색증 분류표 Ⅴ-44

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅴ-45

04. (무)급성심근경색증 혈전용해치료특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'급성심근경색증'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '급성심근경색증'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 급성심근경색증 분류표('별표2-2 급성심근경색증 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【심전도 검사】
심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.
【심장초음파 검사】
심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.
【관상동맥(심장동맥)촬영술】
관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
【심장효소검사】
심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.

【핵의학 검사】
방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '급성심근경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 '급성심근경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4【'혈전용해치료'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '혈전용해치료'라 함은 의사가 피보험자의 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해제를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 '혈전용해제'라 함은 "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 제외합니다.

【'혈전'】
혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리
【'색전'】
혈관 및 림프관 안에 생긴 유리물이 관의 일부 또는 전부를 막은 상태 또는 그 원인물질(고체, 액체 또는 기체)

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '급성심근경색증'으로 진단이 확정되고 그 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 급성심근경색증 혈전용해치료비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년미만 보험금지급사유 발생시 해당 보험금의 50%를 지급합니다)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

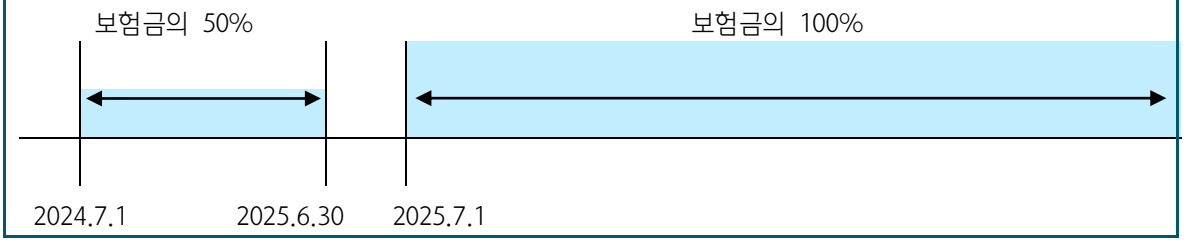
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유) 에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

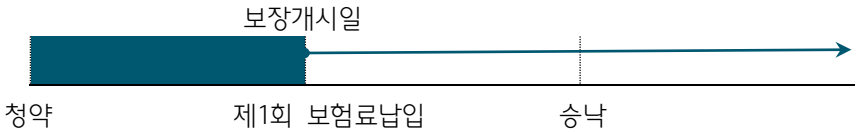
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
급성심근경색증 혈전용해치료비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '급성심근경색증'으로 진단이 확정되고 그 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 '혈전용해치료'를 받았을 때 (최초 1회 한하며, 계약일로부터 1년미만 보험금지급사유 발생시 해당 보험금의 50% 지급)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 '급성심근경색증'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '급성심근경색증'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
급성심근경색증	I21

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '급성심근경색증'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
급성심근경색증 혈전용해치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

05. (무)급여뇌심장질환검사지원특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 2 편 개별사항 V-48

제 1 관 용어의 정의 V-48

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-48

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-48

제 2-1 조의 3【'뇌·심장질환'의 정의】..... V-48

제 2-1 조의 4【'급여 뇌·심장질환검사'의 정의】..... V-48

제 2-1 조의 5【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】..... V-49

제 2 관 보험금의 지급 등 V-50

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-50

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-50

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-51

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-51

제 2-6 조【사고증명서】..... V-51

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-51

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-51

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-52

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-52

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-53

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-53

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-54

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-54

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-54

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-54

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-54

제 5 관 기타사항 Ⅴ-54

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-54

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-55

별표 2-2 뇌·심장질환 분류표..... Ⅴ-56

별표 2-3 급여 뇌·심장질환검사 분류표 Ⅴ-58

별표 2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... Ⅴ-61

05. (무)급여뇌심장질환검사지원특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)으로 특약의 보험기간과 동일한 기간을 말합니다.

나. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제2-1조의3【'뇌·심장질환'의 정의】

이 특약에 있어서 "뇌·심장질환"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌·심장질환 분류표('별표2-2 뇌·심장질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

제2-1조의4【'급여 뇌·심장질환검사'의 정의】

① 이 특약에 있어서 "급여 뇌·심장질환검사"라 함은 의료기관의 의사에 의하여 '뇌·심장질환'의 진단 및 치료를 위하여 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 '별표2-3 급여 뇌·심장질환 검사 분류표'에 해당하는 뇌CT, 심장CT, 뇌MRI, 심장MRI, 심장초음파, 뇌파검사, 뇌척수액검사 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 "급여 뇌·심장질환 검사"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우(이하 '인정기준'이라 합니다)를 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수의 개정에 따라 제1항의 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다. 다만 "수가코드" 폐지 또는 변경으로 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전 기준에 따릅니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 “급여 뇌심장질환검사” 외에 “급여 뇌심장질환검사”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2-1조의5【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① ‘급여 뇌·심장질환검사’ 또는 ‘인정기준’이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 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 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 ‘급여 뇌·심장질환검사’ 또는 ‘인정기준’이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 ‘급여 뇌·심장질환검사’ 또는 ‘인정기준’이 변경되어 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑦ 갱신계약의 경우에도 제1항에서 제6항의 규정을 준용합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의료기관의 의사에 의하여 '뇌·심장질환'의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 뇌·심장질환검사'를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 급여 뇌·심장질환검사 지원비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급하여 드립니다. 다만, 보험연도 기준 연간 1회에 한하여 보장하며, 최초계약의 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

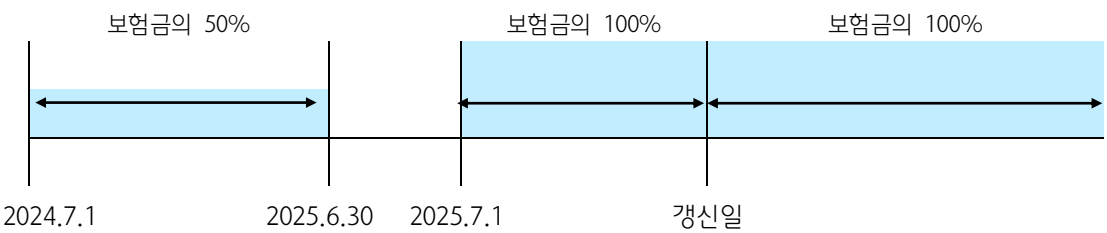
③ 피보험자에게 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

【예시】

최초계약일: 2024년 7월 1일

최초계약의 계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

최초계약의 계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '보험연도'란 당해연도 연계약해당일부터 다음년도 연계약해당일 전일까지 매 1년단위의 연도를 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【'보험연도' 예시】

계약일이 2024년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.

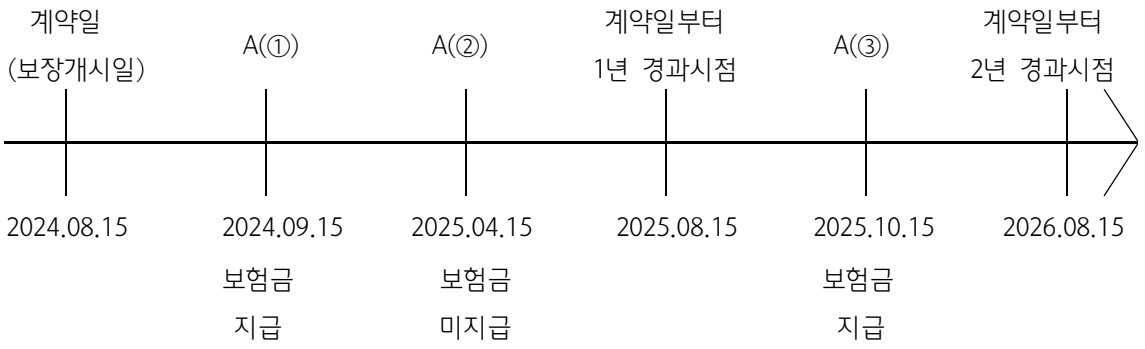
【해당연도에 계약해당일이 없는 경우 예시】

최초계약일이 2024년 2월 29일인 경우, 2025년의 계약해당일은 2025년 2월 28일로 함

⇒ 2025년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 계약해당일로 함

⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 급여 뇌·심장질환검사 지원비는 보험연도 기준 연 1회 보장하므로 이미 보험금을 지급한 보험연도 중에 급여 뇌·심장질환검사를 받게 되더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

【예시】



※ 설명(A= 급여 뇌·심장질환검사)

①과 ③: 급여 뇌·심장질환검사 지원비 지급(해당 보험연도 첫 번째 치료)

②: 보험금 미지급(급여 뇌·심장질환검사에 해당하지만 연 지급횟수(1회) 초과됨)

⑥ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명기입), 진료세부내역서('건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)' 필수 기재), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

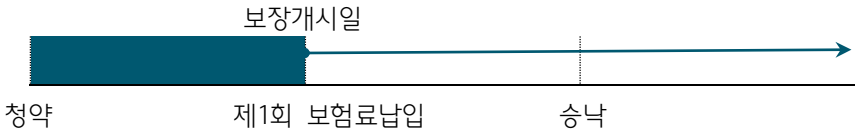
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 갱신전 특약의 보험기간 중 보험료 납입이 면제된 이후에 본 조에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제1-12조(특약의 소멸) 및 제2-11조(“특약의 소멸”에 대한 특칙)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
4. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑦ 갱신계약의 보험가입금액 및 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제2-11조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 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. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
급여 뇌·심장질환 검사지원비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의료기관의 의사에 의하여 '뇌·심장질환'의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 뇌·심장질환검사'를 받았을 때 (최초계약의 계약일부터 1년미만 보험금지급사유 발생시 50% 지급, 연간 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 갱신전 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 뇌·심장질환 분류표

약관에 규정하는 '뇌·심장질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌·심장질환'의 해당 여부를 판단합니다.

구분	분류항목	대상질병명	분류번호
뇌질환	뇌혈관질환	1. 거미막하출혈	I60
		2. 뇌내출혈	I61
		3. 기타 비외상성 두개내출혈	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
	두개내손상	두개내손상	S06
	뇌전증	1. 뇌전증	G40
		2. 뇌전증지속상태	G41
	일과성허혈발작	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45
	파킨슨병	1. 파킨슨병	G20
		2. 이차성 파킨슨증	G21
	뇌수막염	1. 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
심장질환	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
	대동맥류 및 대동맥류 박리	대동맥류 및 대동맥류 박리	I71
	흉부 혈관 및 심장의 손상	흉부 혈관의 손상	S25
		심장의 손상	S26
	기타 형태의 심장병	급성 심장막염	I30
		심장막의 기타 질환	I31
		달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
		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
		급성 심근염	I40

구분	분류항목	대상질병명	분류번호
		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
	류마티스 심장질환	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
		류마티스성 승모판질환	I05
		류마티스성 대동맥판질환	I06
		류마티스성 삼첨판질환	I07
		다발판막질환	I08
		기타 류마티스심장질환	I09

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌·심장질환 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 급여 뇌·심장질환검사 분류표

약관에서 규정하는 '급여 뇌·심장질환검사'로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2023-16 호, 2023.2.1 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	의료행위명	수가코드
뇌CT	1. 일반 전산화단층영상진단-두부-중재적시술유도 제2회부터	HA851
	2. 일반 전산화단층영상진단-두부-조영제를 사용하지 않는 경우	HA451
	3. 일반 전산화단층영상진단-두부-조영제를 사용하는 경우	HA461
	4. 일반 전산화단층영상진단-두부-특수검사-이중시기 또는 삼중시기 CT	HA511
	5. 일반 전산화단층영상진단-두부-특수검사-삼차원 CT	HA521
	6. 일반 전산화단층영상진단-두부-특수검사-CT 혈관조영	HA531
	7. 일반 전산화단층영상진단-두부-특수검사-Cine CT	HA551
	8. 일반 전산화단층영상진단-두부-특수검사-뇌조 CT	HA561
	9. 일반 전산화단층영상진단-두부-제한적 CT	HA441
뇌MRI	1. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도 제2 회부터-촬영료 등	HI301
	2. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도 제2 회부터-판독료	HJ301
	3. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ601
	4. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-외부병원 필름 판독-전문의	HJ701
	5. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-촬영료 등	HI101
	6. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-판독료	HJ101
	7. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI201
	8. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ201
	9. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI401
	10. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ401
	11. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-3 차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI501
	12. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-3 차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ501
	13. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ635
	14. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-외부병원 필름 판독-전문의	HJ735
	15. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-촬영료 등	HI135
	16. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-판독료	HJ135
	17. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI235
	18. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ235
	19. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3 차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI535
	20. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3 차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ535
뇌척수액	요추천자[뇌척수압 측정을 포함]	C8000

검사		
뇌파검사	1. 뇌파검사-각성뇌파검사-18 채널미만	F6141
	2. 뇌파검사-각성뇌파검사-18 채널미만-이동뇌파를 실시한 경우	F6142
	3. 뇌파검사-각성뇌파검사-18 채널이상	FA141
	4. 뇌파검사-각성뇌파검사-18 채널이상-이동뇌파를 실시한 경우	FA142
	5. 뇌파검사-수면뇌파검사-18 채널미만	F6145
	6. 뇌파검사-수면뇌파검사-18 채널미만-각성뇌파검사와 동시에 실시한 경우	F6144
	7. 뇌파검사-수면뇌파검사-18 채널이상	FA145
	8. 뇌파검사-수면뇌파검사-18 채널이상-각성뇌파검사와 동시에 실시한 경우	FA144
	9. 뇌파검사-특수뇌파검사-약물 또는 물리적유발뇌파검사-18 채널미만	F6147
	10. 뇌파검사-특수뇌파검사-약물 또는 물리적유발뇌파검사-18 채널이상	FA147
	11. 뇌파검사-특수뇌파검사-특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18 채널 미만	F6148
	12. 뇌파검사-특수뇌파검사-특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18 채널 이상	FA148
	13. 뇌파검사-특수뇌파검사-특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18 채널 이상-나비뼈전극뇌파검사를 실시한 경우	F6140
	14. 뇌파검사-보행뇌파검사-4 시간이상~8 시간이하	F6143
	15. 뇌파검사-보행뇌파검사-8 시간초과	F6146
	16. 지속적 뇌파 감시[1 일당]	F6149
	17. 지속적 비디오뇌파검사[1 일당]-두개강외-64 채널미만	F6151
	18. 지속적 비디오뇌파검사[1 일당]-두개강외-64 채널이상	F6153
	19. 지속적 비디오뇌파검사[1 일당]-두개강내-64 채널미만	F6152
	20. 지속적 비디오뇌파검사[1 일당]-두개강내-64 채널이상	F6154
심장CT	1. 일반 전산화단층영상진단-흉부-중재적시술유도 제2 회부터	HA834
	2. 일반 전산화단층영상진단-흉부-조영제를 사용하지 않는 경우-고해상력	HA424
	3. 일반 전산화단층영상진단-흉부-조영제를 사용하지 않는 경우-기타의 경우	HA434
	4. 일반 전산화단층영상진단-흉부-조영제를 사용하는 경우	HA464
	5. 일반 전산화단층영상진단-흉부-특수검사-이중시기 또는 삼중시기 CT	HA514
	6. 일반 전산화단층영상진단-흉부-특수검사-삼차원 CT	HA524
	7. 일반 전산화단층영상진단-흉부-특수검사-CT 혈관조영	HA534
	8. 일반 전산화단층영상진단-흉부-특수검사-Cine CT	HA554
	9. 일반 전산화단층영상진단-흉부-제한적 CT	HA444
심장MRI	1. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ640
	2. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-외부병원 필름 판독-전문의	HJ740
	3. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-일반-촬영료 등	HI140
	4. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-일반-판독료	HJ140
	5. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI240
	6. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ240
	7. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-3 차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI540
	8. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-심혈관-3 차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ540
	9. 자기공명영상진단-기본검사-심장-중재적시술유도 제 2 회부터-촬영료 등	HI324
	10. 자기공명영상진단-기본검사-심장-중재적시술유도 제 2 회부터-판독료	HJ324
	11. 자기공명영상진단-기본검사-심장-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ624
	12. 자기공명영상진단-기본검사-심장-외부병원 필름 판독-전문의	HJ724

	13. 자기공명영상진단-기본검사-심장-일반-촬영료 등	HI124
	14. 자기공명영상진단-기본검사-심장-일반-판독료	HJ124
	15. 자기공명영상진단-기본검사-심장-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI224
	16. 자기공명영상진단-기본검사-심장-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ224
심장 초음파 검사	1. 진단초음파-심장-선천성 심질환 경흉부 심초음파	EB430
	2. 진단초음파-심장-경흉부 심초음파-단순	EB431
	3. 진단초음파-심장-경흉부 심초음파-일반	EB432
	4. 진단초음파-심장-경흉부 심초음파-전문	EB433
	5. 진단초음파-심장-부하 심초음파-약물부하	EB434
	6. 진단초음파-심장-부하 심초음파-운동부하	EB435
	7. 진단초음파-심장-태아정밀 심초음파	EB436
	8. 특수 초음파-심장-경식도 심초음파	EB611
	9. 특수 초음파-심장-선천성 심질환 경식도 심초음파	EB610
	10. 특수 초음파-심장-심장내 초음파	EB612

(주)

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 검사 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 보장하는 검사 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
급여 뇌·심장질환 검사지원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

06. (무)급여뇌심장질환 혈관조영술검사지원특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 2 편 개별사항 V-64

제 1 관 용어의 정의 V-64

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-64

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-64

제 2-1 조의 3【'뇌·심장질환'의 정의 및 진단확정】..... V-64

제 2-1 조의 4【'급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술'의 정의 및 진단확정】..... V-64

제 2-1 조의 5【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】..... V-65

제 2 관 보험금의 지급 등 V-66

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-66

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-66

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-67

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-67

제 2-6 조【사고증명서】..... V-67

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-67

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-67

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-68

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-68

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-69

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-69

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-70

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-70

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-70

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-70

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-70

제 5 관 기타사항 Ⅴ-70

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-70

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-71

별표 2-2 뇌·심장질환 분류표 Ⅴ-72

별표 2-3 급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술 분류표 Ⅴ-74

별표 2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... Ⅴ-75

06. (무)급여뇌심장질환 혈관조영술검사지원특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)으로 특약의 보험기간과 동일한 기간을 말합니다.

나. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제2-1조의3【'뇌·심장질환'의 정의 및 진단확정】

이 특약에 있어서 "뇌·심장질환"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌·심장질환 분류표('별표2-2 뇌·심장질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

제2-1조의4【'급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 '뇌·심장질환'의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 '별표2-3 급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술 분류표'에 해당하는 급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 '급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술'은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우(이하 '인정기준'이라 합니다)를 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다. 다만 '수가코드' 폐지 또는 변경으로 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전 기준에 따릅니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술' 외에 '급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2-1조의5【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① '급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술' 또는 인정기준이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 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 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 '급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술' 또는 인정기준이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 '급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술' 또는 인정기준이 변경되어 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑦ 갱신계약의 경우에도 제1항에서 제6항의 규정을 준용합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의료기관의 의사에 의하여 '뇌·심장질환'의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술'을 받았을 때 보험수익자에게 약정한 급여 혈관조영술검사지원비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 보험연도 기준 연간 1회에 한하여 보장하며, 최초계약의 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

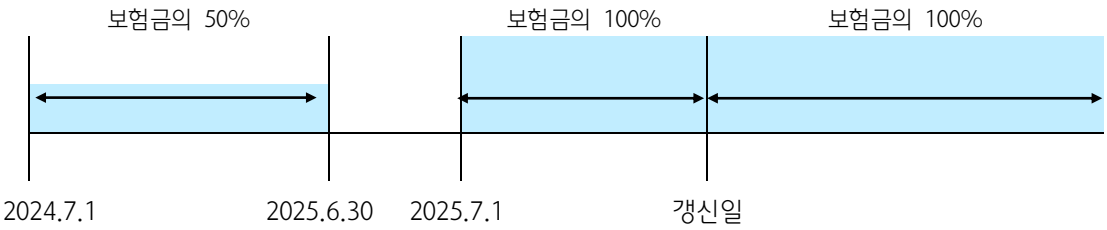
③ 피보험자에게 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.

【예시】

최초계약일: 2024년 7월 1일

최초계약의 계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

최초계약의 계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '보험연도'란 당해연도 연계약해당일부터 다음년도 연계약해당일 전일까지 매 1년단위의 연도를 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【'보험연도' 예시】

계약일이 2024년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.

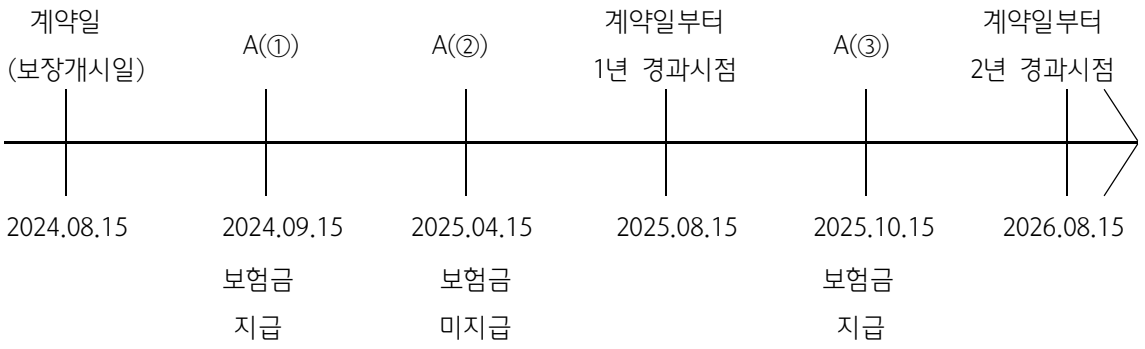
【해당연도에 계약해당일이 없는 경우 예시】

최초계약일이 2024년 2월 29일인 경우, 2025년의 계약해당일은 2025년 2월 28일로 함

⇒ 2025년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 계약해당일로 함

⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 급여 혈관조영술검사지원비는 보험연도 기준 연 1회 보장하므로 이미 보험금을 지급한 보험연도 중에 급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술을 받게 되더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

【예시】



※ 설명(A= 급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술)

①과 ③: 급여 혈관조영술검사지원비 지급(해당 보험연도 첫 번째 치료)

②: 보험금 미지급(급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술에 해당하지만 연 지급횟수(1회) 초과됨)

⑥ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명기입), 진료세부내역서('건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)' 필수 기재), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

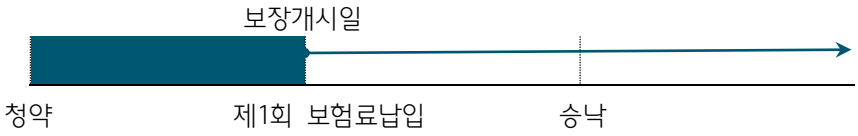
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 갱신전 특약의 보험기간 중 보험료 납입이 면제된 이후에 본 조에 따라 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제1-12조(특약의 소멸) 및 제2-11조(“특약의 소멸”에 대한 특칙)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
4. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑦ 갱신계약의 보험가입금액 및 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제2-11조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 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. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
급여 혈관조영술검사 지원비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의료기관의 의사에 의하여 '뇌·심장질환'의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술'을 받았을 때 (최초계약의 계약일부터 1년미만 보험금지급사유 발생시 50% 지급, 연간 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 갱신전 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 적용하지 않습니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 뇌·심장질환 분류표

약관에 규정하는 '뇌·심장질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌·심장질환'의 해당 여부를 판단합니다.

구분	분류항목	대상질병명	분류번호
뇌질환	뇌혈관질환	1. 거미막하출혈	I60
		2. 뇌내출혈	I61
		3. 기타 비외상성 두개내출혈	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
	두개내손상	두개내손상	S06
	뇌전증	1. 뇌전증	G40
		2. 뇌전증지속상태	G41
	일과성허혈발작	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45
	파킨슨병	1. 파킨슨병	G20
		2. 이차성 파킨슨증	G21
	뇌수막염	1. 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
심장질환	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
	대동맥류 및 대동맥류 박리	대동맥류 및 대동맥류 박리	I71
	흉부 혈관 및 심장의 손상	흉부 혈관의 손상	S25
		심장의 손상	S26

기타 형태의 심장병	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	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
	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
류마티스 심장질환	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌·심장질환 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술 분류표

약관에서 규정하는 '급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술'로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2023-16호, 2023.2.1시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	의료행위명	수가코드
뇌혈관 조영술	1. 두경부 동맥조영-추골동맥	HA601
	2. 두경부 동맥조영-총경동맥	HA602
	3. 두경부 동맥조영-외경동맥	HA603
	4. 두경부 동맥조영-내경동맥	HA604
	5. 두경부 동맥조영-내경동맥폐색검사(조영술료 포함)	HA606
	6. 두경부 동맥조영-전뇌동맥	HA605
관상동맥 조영술	1. 흉부 동맥조영-우심방조영	HA610
	2. 흉부 동맥조영-우심실조영	HA611
	3. 흉부 동맥조영-좌심방조영	HA612
	4. 흉부 동맥조영-좌심실조영	HA613
	5. 관상 동맥조영	HA670
	6. 이식된 관동맥우회로조영촬영[환자 본래의 관상동맥조영촬영 포함]	HA680
	7. 이식된 관동맥우회로조영촬영[환자 본래의 관상동맥조영촬영 포함] -2개혈관부터 최대3개혈관	HA681
	8. 이식된 관동맥우회로조영촬영[환자 본래의 관상동맥조영촬영 포함]과 동시 촬영된 좌심실조영촬영	HA682

(주)

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 검사 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 보장하는 검사 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
급여 뇌·심장질환 혈관조영술검사지원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

07. (무)뇌전증 진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-78

제 1 관 용어의 정의 V-78

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-78

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-78

제 2-1 조의 3【'뇌전증'의 정의 및 진단확정】..... V-78

제 2 관 보험금의 지급 등 V-79

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-79

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-79

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-79

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-80

제 2-6 조【사고증명서】..... V-80

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-80

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-80

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-80

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-81

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-81

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-81

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-81

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-81

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-82

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-82

제 2-15 조【해약환급금】..... V-82

제 5 관 기타사항 V-83

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... V-83

별표 2-1 보험금 지급기준표 V-84

별표 2-2 뇌전증 분류표..... V-85

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... V-86

07. (무)뇌전증 진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'뇌전증'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '뇌전증'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌전증 분류표('별표2-2 뇌전증 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '뇌전증'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 등을 기초로 기초로 하여야 합니다.

【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
【양전자방출단층술(PET)】
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
【단일광자방출 전산화단층술(SPECT)】
Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

③ 피보험자가 사망하여 제2항에서 정하는 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌전증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌전증'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌전증 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년미만 진단 확정시 해당 진단자금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

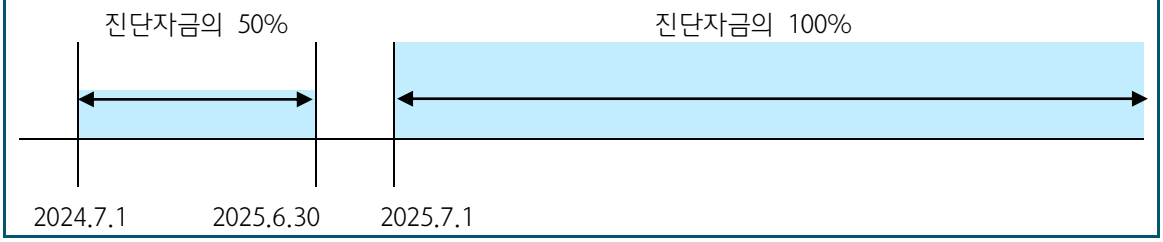
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유) 에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 '뇌전증'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 뇌전증 진단자금을 지급합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

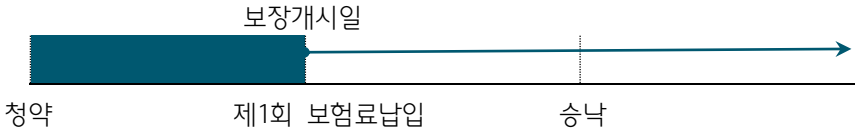
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<양후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른

해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급

금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
뇌전증 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌전증'으로 진단이 확정되었을 때 (계약일부터 1년미만 진단확정시 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '뇌전증 진단자금'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 뇌전증 분류표

약관에 규정하는 '뇌전증'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌전증'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 뇌전증	G40
2. 뇌전증 지속상태	G41

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌전증'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
뇌전증 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

08. (무)뇌졸중 진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-89

제 1 관 용어의 정의 V-89

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-89

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-89

제 2-1 조의 3【'뇌졸중'의 정의 및 진단확정】..... V-89

제 2 관 보험금의 지급 등 V-90

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-90

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-90

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-91

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-91

제 2-6 조【사고증명서】..... V-91

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-91

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-91

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-92

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-92

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-93

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-93

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-93

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-93

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-94

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-94

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-94

제 5 관 기타사항 Ⅴ-95

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-95

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-96
별표 2-2 뇌졸중 분류표..... Ⅴ-97
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... Ⅴ-98

08. (무)뇌졸중 진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'뇌졸중'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '뇌졸중'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌졸중 분류표('별표2-2 뇌졸중 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병 코딩지침서에 의하여 '외상성 두개내출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '뇌졸중'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【뇌전산화 단층촬영(brain CT scan)】
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술
【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
【뇌혈관조영술】
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

【양전자방출단층술(PET)】
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
【단일광자방출 전산화단층술(SPECT)】
Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
【뇌척수액검사】
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

③ 피보험자가 사망하여 제2항에서 정하는 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌졸중'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌졸중 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년미만 진단 확정시 해당 진단자금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

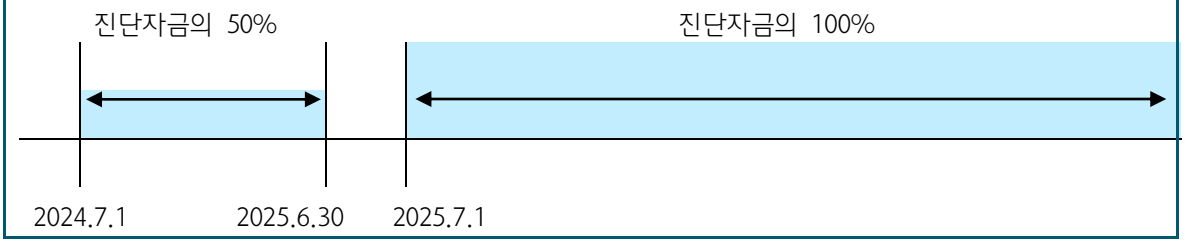
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유) 에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 '뇌졸중'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 뇌졸중 진단자금을 지급합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

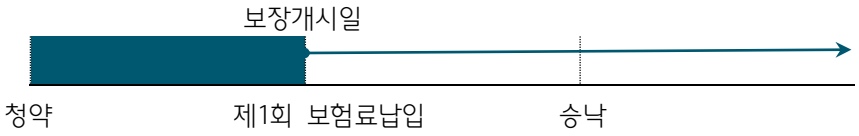
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
뇌졸중 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌졸중'으로 진단이 확정되었을 때 (계약일부터 1년미만 진단확정시 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '뇌졸중 진단자금'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 '뇌졸중'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌졸중'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌졸중'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
뇌졸중 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

09. (무)뇌출혈 진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-101

제 1 관 용어의 정의 V-101

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-101

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-101

제 2-1 조의 3【'뇌출혈', '뇌졸중'의 정의 및 진단확정】..... V-101

제 2 관 보험금의 지급 등 V-102

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-102

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-102

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-103

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-103

제 2-6 조【사고증명서】..... V-103

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-103

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-103

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-104

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-104

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-105

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-105

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-105

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-105

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-106

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-106

제 2-15 조【해약환급금】..... V-106

제 5 관 기타사항 V-107

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... V-107

별표 2-1 보험금 지급기준표 V-108

별표 2-2 뇌출혈 분류표..... V-109

별표 2-3 뇌졸중 분류표..... V-110

별표 2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... V-111

09. (무)뇌출혈 진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'뇌출혈', '뇌졸중'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '뇌출혈'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌출혈 분류표('별표2-2 뇌출혈 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병 코딩지침서에 의하여 '외상성 두개내 출혈' 및 '혈관성 치매'로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

【약관에서 보장하지 않는 뇌출혈에 대한 설명】

외상(재해)으로 인하여 발생한 뇌출혈, 뇌종양(혈관종 포함)의 진행으로 인하여 종양 주변에 발생한 출혈 또는 뇌수술 합병증에 의한 뇌출혈은 약관에서 보장하는 "뇌출혈"에 속하는 뇌출혈(I60~I62)로 분류되지 않기 때문에 이 특약에서 보장하지 않습니다.

② 이 특약에 있어서 '뇌졸중'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌졸중 분류표('별표2-3 뇌졸중 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병 코딩지침서에 의하여 '외상성 두개내출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

③ '뇌출혈' 및 '뇌졸중'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【뇌전산화 단층촬영(brain CT scan)】

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
【뇌혈관조영술】
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술
【양전자방출단층술(PET)】
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
【단일광자방출 전산화단층술(SPECT)】
Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
【뇌척수액검사】
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

④ 피보험자가 사망하여 제2항에서 정하는 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈 및 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌출혈'로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌출혈 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 최초1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 진단시 진단자금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 '뇌졸중'으로 진단이 확정되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

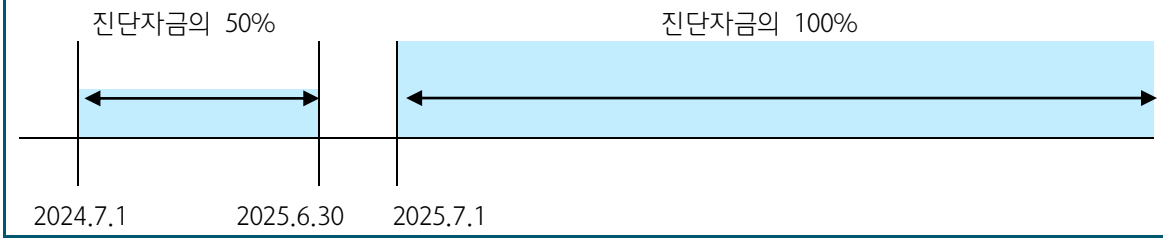
③ 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유) 에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 '뇌출혈'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈 진단자금을 지급합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

⑤ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다

【보장개시일】

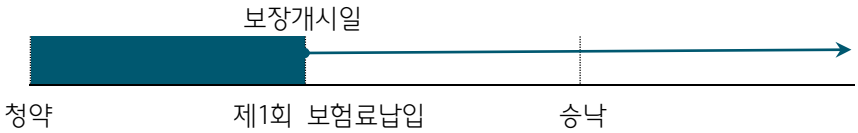
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
뇌출혈 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌출혈'로 진단이 확정되었을 때 (계약일부터 1년미만 진단확정시 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '뇌출혈 진단자금'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 '뇌출혈'로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌출혈'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌출혈'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 '뇌졸중'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌졸중'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌졸중'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
뇌출혈 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

10. (무)뇌혈관질환 산정특례대상보장특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-114

제 1 관 용어의 정의 V-114

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-114

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-114

제 2-1 조의 3【'중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상'의 정의】..... V-114

제 2-1 조의 4【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】..... V-115

제 2 관 보험금의 지급 등 V-116

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-116

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-116

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-117

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-117

제 2-6 조【사고증명서】..... V-117

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-117

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-117

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-118

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-118

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-119

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-119

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-119

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-119

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-119
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-119
제 2-15 조【해약환급금】..... V-119

제 5 관 기타사항 V-120
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... V-120

별표 2-1 보험금 지급기준표 V-121
별표 2-2 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병 V-122
별표 2-3 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술 V-123
별표 2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 V-124

10. (무)뇌혈관질환 산정특례대상보장특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상'이라 함은 보건복지부에서 고시하는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2024-275호, 2025.1.1 시행)」 별표3(중증질환자 산정특례대상(제4조관련)) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
'본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병'(별표 2-2 '본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병' 참조)에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 '본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술'(별표 2-3 '본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술' 참조)에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일.	V191
"본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병"에서 I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일. 다만, "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술"에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
"본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병"에서 I63에 해당하는 상병의 뇌경색증 환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원 진료 중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일. 다만, "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술"에 당하는 수술을 받지 않은 경우 * NIHSS 란, National Institutes of Health Stroke Scale 의약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.	V275

② 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 이후 이 약관에서 보장하는 '중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상' 해당여부는 당시 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 판단합니다.

③ 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

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 입원진료 시 본인부담률을 경감해주는 제도

【중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

“중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상”에 해당하는 사람은 별도의 등록절차없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.

중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제2-1조의4【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음의 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 ‘중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상’신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 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 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급

금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상으로 적용되는 경우 보험수익자에게 약정한 '뇌혈관질환 산정특례 보장자금'('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 연간 1회에 한하여 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

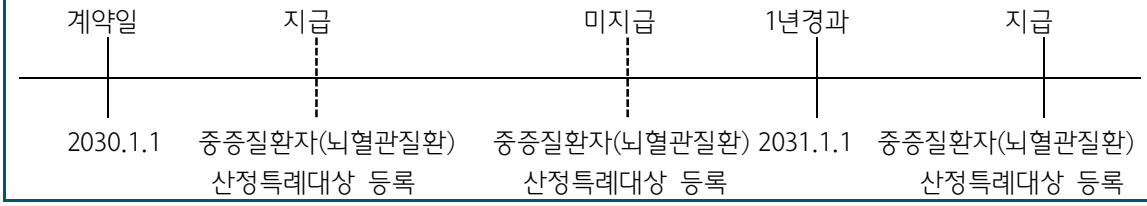
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금은 연간 1회를 지급한도로 합니다.

③ '연간'이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환 산정특례 보장자금은 "중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상"에 해당하는 수술 또는 진료를 여러 번 시행하여 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례가 2회 이상 적용되더라도 연간 1회에 한하여 보장합니다.

【'뇌혈관질환 산정특례 보장자금' 지급 예시】



⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 “중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상으로 적용되는 경우”는 “중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상으로 등록된 날” 또는 “중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상에 해당하는 수술 또는 진료를 받은 날”(단, 입원 진료인 경우에는 최초 입원일)을 기준으로 적용합니다.

⑥ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례 보장자금의 지급대상에 해당하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 보험기간 중 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생하였으나, 보험금을 청구하지 않고 피보험자 사망 이후 보험금을 청구한 경우에도 해당 보험금을 지급합니다.

⑧ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드, 특정기호, 산정특례 적용기간, 수술명, 수술코드 등 기입), 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서 및 진료비세부내역서(뇌혈관질환 산정특례 적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

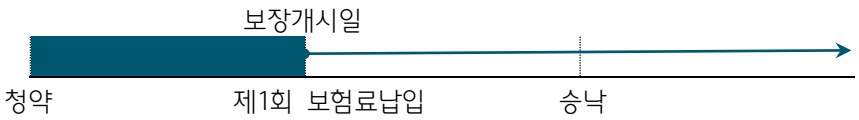
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 산정특례 보장자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상으로 적용되는 경우 (연간 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병

약관에서 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당여부를 판단합니다.

상병명	상병코드
뇌혈관질환	I60~I67
경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
후천성 동정맥루	I77.0
순환계통의 기타 선천기형	Q28.0 ~ Q28.3
두개내손상	S06

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술

약관에 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술"이란 중증질환자(뇌혈관질환)으로 인한 수술로서 건강보험심사평가원 전산청구(EDI)코드 분류상 국민건강보험법 시행령 제19조 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2024-275호, 2025. 1. 1시행)에 해당하는 수술을 말합니다. 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우는 개정된 기준에 따릅니다.

수술명	수술코드
혈종제거를 위한 개두술	S4621, S4622
뇌동맥류수술	S4641~S4644
뇌동정맥기형적출술	S4653~S4658
두개강내 혈관문합술	S4661~S4664
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~M1663, M1676, M1677, M1667, M6644
천두술	N0322~N0324
개두술 또는 두개절제술	N0333, N0336, N0337
혈관내 죽종제거술	O0226, O0227, O2066
경동맥결찰술	S4670
뇌내시경수술	S4744
뇌 정위적 방사선수술	HD113~HD115

별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
뇌혈관질환 산정특례 보장자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

11. (무)뇌혈관질환 상급종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-127

제 1 관 용어의 정의 V-127

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-127

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-127

제 2-1 조의 3【'뇌혈관질환'의 정의 및 진단확정】..... V-127

제 2-1 조의 4【'통원'의 정의와 장소】..... V-128

제 2-1 조의 5【'상급종합병원'의 정의】..... V-128

제 2-1 조의 6【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... V-129

제 2 관 보험금의 지급 등 V-129

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-130

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-130

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-130

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-131

제 2-6 조【사고증명서】..... V-131

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-131

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-131

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-131

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-132

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-132

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-132

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-132

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-132

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-133

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-133

제 2-15 조【해약환급금】..... V-133

제 5 관 기타사항 V-134

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... V-134

별표 2-1 보험금 지급기준표 V-135

별표 2-2 뇌혈관질환 분류표 V-136

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... V-137

11. (무)뇌혈관질환 상급종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'뇌혈관질환'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌혈관질환 분류표('별표2-2 뇌혈관질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병 코딩지침서에 의하여 '외상성 두개내출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '뇌혈관질환'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【뇌전산화 단층촬영(brain CT scan)】
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술
【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
【뇌혈관조영술】
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

【양전자방출단층술(PET)】
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
【단일광자방출 전산화단층술(SPECT)】
Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
【뇌척수액검사】
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

③ 피보험자가 사망하여 제2항에서 정하는 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2-1조의4【'통원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '통원'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 피보험자가 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의5【'상급종합병원'의 정의】

이 특약에 있어서 '상급종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 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 것
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 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의6【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의5(‘상급종합병원’의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 ‘상급종합병원’ 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 ‘상급종합병원’ 제도의 변경으로 제2-1조의5(‘상급종합병원’의 정의)의 ‘상급종합병원’ 지정이 불가능한 경우

【예시】

상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【계약자적립액】

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

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌혈관질환'의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 상급종합병원 통원비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.(통원 1회당, 1일 1회한, 보험연도 기준 연 30회 한함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '보험연도'란 당해연도 연계약해당일부터 차년도 연계약해당일 전일까지 매 1년단위의 연도를 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【'보험연도' 예시】
계약일이 2024년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.
【해당연도에 계약해당일이 없는 경우 예시】
최초계약일이 2024년 2월 29일인 경우, 2025년의 계약해당일은 2025년 2월 28일로 함 ⇒ 2025년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 계약해당일로 함

③ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '뇌혈관질환 상급종합병원 통원비'의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 '뇌혈관질환'의 직접적인 치료를 목적으로 하루에 2회 이상 상급종합병원에 통원 치료시 1회에 한하여 해당 '뇌혈관질환 상급종합병원 통원비'를 지급합니다.

⑤ 뇌혈관질환 상급종합병원 통원비의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한하며, 보험연도 기준 연 30회을 최고한도로 합니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 의료기관에 통원하여 치료를 받던 중 해당 의료기관이 제2-1조의5('상급종합병원'의 정의)에서 정한 상급종합병원으로 지정되는 경우, 상급종합병원 지정 적용일부터 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 뇌혈관질환 상급종합병원 통원비를 지급합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 상급종합병원이 제2-1조의5('상급종합병원'의 정의)에서 정한 상급종합병원 지정이 취소된 경우 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 뇌혈관질환 상급종합병원 통원비를 지급합니다.

⑧ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 통원증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<양후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 상급종합병원 통원비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌혈관질환'의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회한, 연간 30회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더이상 보험금 지급사유가 발생할수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 '뇌혈관질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌혈관질환'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌혈관질환'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
뇌혈관질환 상급종합병원 통원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

12. (무)뇌혈관질환 수술특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-140

제 1 관 용어의 정의 V-140

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-140

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-140

제 2-1 조의 3【'뇌혈관질환'의 정의 및 진단확정】..... V-140

제 2-1 조의 4【'수술'의 정의와 장소】..... V-141

제 2 관 보험금의 지급 등 V-142

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-142

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-142

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-142

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-142

제 2-6 조【사고증명서】..... V-143

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-143

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-143

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-143

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-143

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-144

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-144

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-144

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-144

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-145
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-145
제 2-15 조【해약환급금】..... V-145

제 5 관 기타사항 V-146
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... V-146

별표 2-1 보험금 지급기준표 V-147
별표 2-2 뇌혈관질환 분류표 V-148
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... V-149

12. (무)뇌혈관질환 수술특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'뇌혈관질환'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌혈관질환 분류표('별표2-2 뇌혈관질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병 코딩지침서에 의하여 '외상성 두개내출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '뇌혈관질환'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【뇌전산화 단층촬영(brain CT scan)】
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술
【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
【뇌혈관조영술】
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술
【양전자방출단층술(PET)】
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의

단면을 촬영하는 기술
【단일광자방출 전산화단층술(SPECT)】
Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
【뇌척수액검사】
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

③ 피보험자가 사망하여 제2항에서 정하는 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2-1조의4【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊)목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢),복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등)은 제외합니다.

【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자(穿刺)】
바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
【신의료기술평가위원회】
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다. **<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>**

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 수술비(‘별표2-1 보험금 지급기준표’ 참조)를 지급합니다(수술 1회당). 다만, 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 ‘보험료의 납입을 면제하는 특약’(이하 ‘납입면제특약’이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 ‘납입면제 대상계약’에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

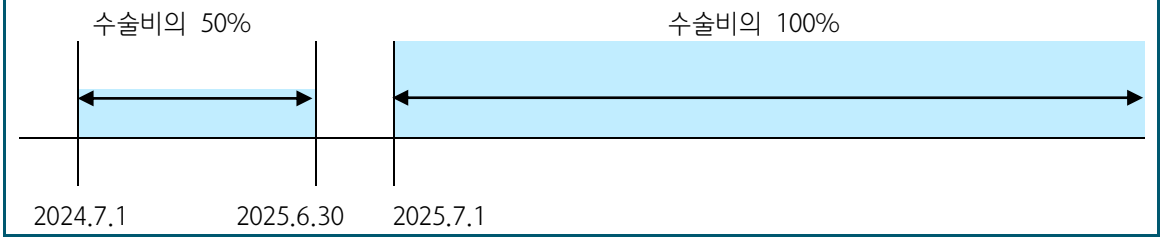
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유) 에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

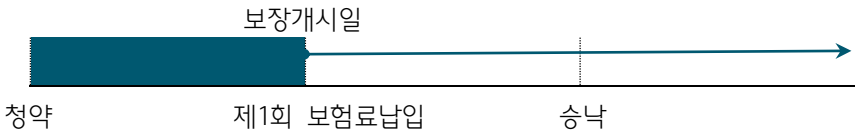
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 (계약일부터 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%지급)	수술 1회당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '뇌혈관질환 수술비'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 '뇌혈관질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌혈관질환'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌혈관질환'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
뇌혈관질환 수술비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

13. (무)뇌혈관질환 입원특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-152

제 1 관 용어의 정의 V-152

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-152

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-152

제 2-1 조의 3【'뇌혈관질환'의 정의 및 진단확정】..... V-152

제 2-1 조의 4【'입원'의 정의와 장소】..... V-153

제 2 관 보험금의 지급 등 V-153

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-153

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-153

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-154

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-154

제 2-6 조【사고증명서】..... V-154

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-155

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-155

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-155

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-155

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-156

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-156

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-156

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-156

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-157
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-157
제 2-15 조【해약환급금】..... V-157

제 5 관 기타사항 V-158
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... V-158

별표 2-1 보험금 지급기준표 V-159
별표 2-2 뇌혈관질환 분류표 V-160
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... V-161

13. (무)뇌혈관질환 입원특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'뇌혈관질환'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌혈관질환 분류표('별표2-2 뇌혈관질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병 코딩지침서에 의하여 '외상성 두개내출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '뇌혈관질환'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【뇌전산화 단층촬영(brain CT scan)】
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술
【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
【뇌혈관조영술】
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

【양전자방출단층술(PET)】
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
【단일광자방출 전산화단층술(SPECT)】
Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
【뇌척수액검사】
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

③ 피보험자가 사망하여 제2항에서 정하는 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2-1조의4【'입원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌혈관질환'의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 입원비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다만, 입원일수 1일당, 1회 입원당 120일 한도로 합니다.

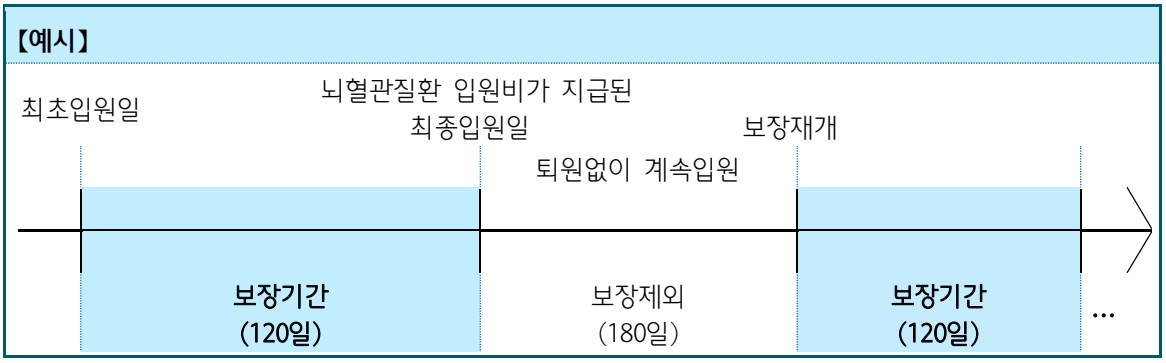
제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 뇌혈관질환 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 뇌혈관질환 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 뇌혈관질환 입원비를 지급합니다. 이때, 뇌혈관질환 입원비가 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환 입원비가 지급된 최종 입원일의 그 다음날부터 180일이 지난 후 새로운 입원이 개시된 것으로 봅니다.



⑤ 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항에 따라 계속 뇌혈관질환 입원비를 지급합니다. 다만, 보험기간이 끝난 후 제4항에 따라 간주된 새로운 입원의 입원기간에 대해서는 뇌혈관질환 입원비를 지급하지 않습니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 뇌혈관질환 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 뇌혈관질환 입원비를 지급하며, 뇌혈관질환 입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 뇌혈관질환 입원비를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병 모두 입원치료가 필요한 질병인 경우에 한합니다.

⑨ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 입·퇴원확인서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

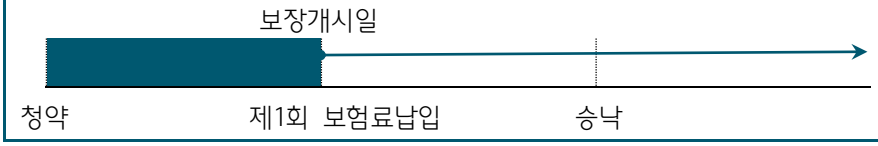
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 입원비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌혈관질환'의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 입원일수 1일당, 1회 입원당 120일 한도)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 '뇌혈관질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌혈관질환'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌혈관질환'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
뇌혈관질환 입원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

14. (무)뇌혈관질환 종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-164

제 1 관 용어의 정의 V-164

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-164

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-164

제 2-1 조의 3【'뇌혈관질환'의 정의 및 진단확정】..... V-164

제 2-1 조의 4【'통원'의 정의와 장소】..... V-165

제 2-1 조의 5【'종합병원'의 정의】..... V-165

제 2-1 조의 6【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... V-165

제 2 관 보험금의 지급 등 V-166

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-166

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-167

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-167

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-167

제 2-6 조【사고증명서】..... V-167

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-168

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-168

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-168

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-168

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-169

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-169

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-169

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-169

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-170

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-170

제 2-15 조【해약환급금】..... V-170

제 5 관 기타사항 V-171

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... V-171

별표 2-1 보험금 지급기준표 V-172

별표 2-2 뇌혈관질환 분류표 V-173

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... V-174

14. (무)뇌혈관질환 종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'뇌혈관질환'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌혈관질환 분류표('별표2-2 뇌혈관질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병 코딩지침서에 의하여 '외상성 두개내출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '뇌혈관질환'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【뇌전산화 단층촬영(brain CT scan)】
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술
【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
【뇌혈관조영술】
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

【양전자방출단층술(PET)】
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
【단일광자방출 전산화단층술(SPECT)】
Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
【뇌척수액검사】
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

③ 피보험자가 사망하여 제2항에서 정하는 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2-1조의4【'통원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '통원'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 피보험자가 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의5【'종합병원'의 정의】

이 특약에 있어서 '종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 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. **※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.**

제2-1조의6【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의5('종합병원'의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 '종합병원' 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 '종합병원' 제도의 변경으로 제2-1조의5('종합병원'의 정의)의 '종합병원' 지정이 불가능한 경우

【예시】

종합병원 제도의 변경으로 종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【계약자적립액】

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

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌혈관질환'의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 종합병원 통원비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.(통원 1회당, 1일 1회한, 보험연도 기준 연 30회 한함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '보험연도'란 당해연도 연계약해당일부터 차년도 연계약해당일 전일까지 매 1년단위의 연도를 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【'보험연도' 예시】
계약일이 2024년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.
【해당연도에 계약해당일이 없는 경우 예시】
최초계약일이 2024년 2월 29일인 경우, 2025년의 계약해당일은 2025년 2월 28일로 함 ⇒ 2025년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 계약해당일로 함

③ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '뇌혈관질환 종합병원 통원비'의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 '뇌혈관질환'의 직접적인 치료를 목적으로 하루에 2회 이상 종합병원에 통원 치료시 1회에 한하여 해당 '뇌혈관질환 종합병원 통원비'를 지급합니다.

⑤ 뇌혈관질환 종합병원 통원비의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한하며, 보험연도 기준 연 30회을 최고한도로 합니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 의료기관에 통원하여 치료를 받던 중 해당 의료기관이 제2-1조의5('종합병원'의 정의)에서 정한 종합병원으로 지정되는 경우, 종합병원 지정 적용 일부터 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 뇌혈관질환 종합병원 통원비를 지급합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 종합병원이 제2-1조의5('종합병원'의 정의)에서 정한 종합병원 지정이 취소된 경우 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 뇌혈관질환 종합병원 통원비를 지급합니다.

⑧ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 통원증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

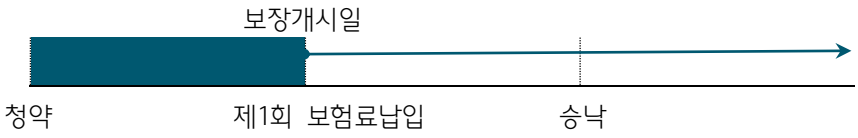
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 종합병원 통원비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌혈관질환'의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회한, 연간 30회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더이상 보험금 지급사유가 발생할수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 '뇌혈관질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌혈관질환'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌혈관질환'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
뇌혈관질환 종합병원 통원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

15. (무)뇌혈관질환 진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-177

제 1 관 용어의 정의 V-177

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-177

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-177

제 2-1 조의 3【'뇌혈관질환'의 정의 및 진단확정】..... V-177

제 2 관 보험금의 지급 등 V-178

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-178

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-178

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-179

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-179

제 2-6 조【사고증명서】..... V-179

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-179

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-179

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-180

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-180

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-181

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-181

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-181

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-181

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-182
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-182
제 2-15 조【해약환급금】..... V-182

제 5 관 기타사항 V-183
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... V-183

별표 2-1 보험금 지급기준표 V-184
별표 2-2 뇌혈관질환 분류표 V-185
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... V-186

15. (무)뇌혈관질환 진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'뇌혈관질환'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌혈관질환 분류표('별표2-2 뇌혈관질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병 코딩지침서에 의하여 '외상성 두개내출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '뇌혈관질환'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【뇌전산화 단층촬영(brain CT scan)】
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술
【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
【뇌혈관조영술】
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

【양전자방출단층술(PET)】
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
【단일광자방출 전산화단층술(SPECT)】
Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
【뇌척수액검사】
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

③ 피보험자가 사망하여 제2항에서 정하는 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 최초 1회에 한하며 계약일로부터 90일 이내에 진단 확정시 해당 진단자금의 10%만 지급하며, 1년 미만에 진단 확정시 해당 진단자금의 70%만 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 90일 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 10%만 지급하며, 계약일 이후 90일 경과시점부터 1년 미만(계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 70%만 지급합니다.

【예시】

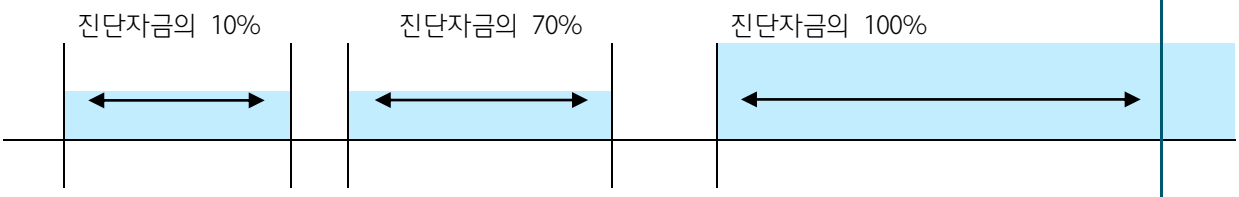
계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 91일미만 시점: 2024년 9월 28일

계약일로부터 91일이상 시점: 2024년 9월 29일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 '뇌혈관질환'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환 진단자금을 지급합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

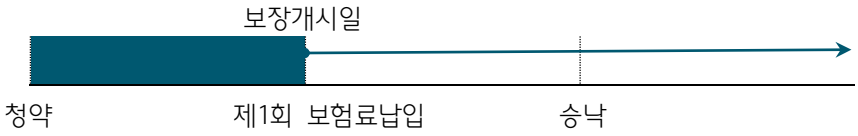
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액	
뇌혈관질환 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회 한함)	계약일로부터 90일 이내	특약 보험가입금액의 10%
		계약일로부터 91일 이상 ~ 1년 미만	특약 보험가입금액의 70%
		계약일로부터 1년 이상	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 90일 이내에 '뇌혈관질환 진단자금'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 10%만 지급하며 계약일 이후 90일 경과시점부터 1년 미만에 '뇌혈관질환 진단자금'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 70%만 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 '뇌혈관질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌혈관질환'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌혈관질환'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
뇌혈관질환 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

16. (무)뇌혈관질환 통원특약(연간30회)(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-189

제 1 관 용어의 정의 V-189

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-189

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-189

제 2-1 조의 3【'뇌혈관질환'의 정의 및 진단확정】..... V-189

제 2-1 조의 4【'통원'의 정의와 장소】..... V-190

제 2 관 보험금의 지급 등 V-190

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-190

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-190

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-191

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-191

제 2-6 조【사고증명서】..... V-191

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-191

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-191

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-192

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-192

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-193

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-193

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-193

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-193

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-193
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-193
제 2-15 조【해약환급금】..... V-194

제 5 관 기타사항 V-195
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... V-195

별표 2-1 보험금 지급기준표 V-196
별표 2-2 뇌혈관질환 분류표 V-197
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... V-198

16. (무)뇌혈관질환 통원특약(연간30회)(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'뇌혈관질환'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌혈관질환 분류표('별표2-2 뇌혈관질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병 코딩지침서에 의하여 '외상성 두개내출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '뇌혈관질환'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【뇌전산화 단층촬영(brain CT scan)】
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술
【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
【뇌혈관조영술】
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

【양전자방출단층술(PET)】
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
【단일광자방출 전산화단층술(SPECT)】
Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
【뇌척수액검사】
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

③ 피보험자가 사망하여 제2항에서 정하는 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2-1조의4【'통원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '통원'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 피보험자가 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌혈관질환'의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 뇌혈관질환 통원비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.(통원 1회당, 1일 1회한, 보험연도 기준 연 30회 한함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '보험연도'란 당해연도 연계약해당일부터 차년도 연계약해당일 전일까지 매 1년단위의 연도를 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【'보험연도' 예시】
계약일이 2024년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.
【해당연도에 계약해당일이 없는 경우 예시】
최초계약일이 2024년 2월 29일인 경우, 2025년의 계약해당일은 2025년 2월 28일로 함 ⇒ 2025년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 계약해당일로 함

③ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '뇌혈관질환 통원비'의 지급횟수는 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 '뇌혈관질환'의 직접적인 치료를 목적으로 하루에 2회 이상 통원치료시 1회에 한하여 해당 '뇌혈관질환 통원비'를 지급합니다.

⑤ 뇌혈관질환 통원비의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한하며, 보험연도 기준 연 30회을 최고한도로 합니다.

⑥ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 통원증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

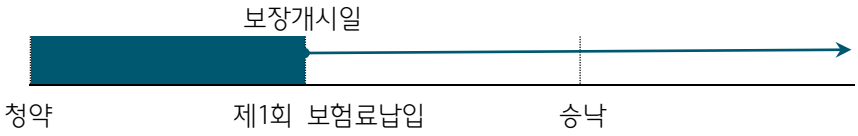
【보장개시일】
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 통원비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌혈관질환'의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회한, 연간 30회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더이상 보험금 지급사유가 발생할수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 '뇌혈관질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌혈관질환'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌혈관질환'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
뇌혈관질환 통원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

17. (무)대동맥인조혈관치환수술특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-201

제 1 관 용어의 정의 V-201

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-201

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-201

제 2-1 조의 3【'대동맥인조혈관치환수술'의 정의 및 진단확정】..... V-201

제 2 관 보험금의 지급 등 V-201

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-201

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-202

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-202

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-202

제 2-6 조【사고증명서】..... V-202

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-202

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-202

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-203

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-203

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-204

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-204

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-204

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-204

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-205

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-205

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-205

제 5 관 기타사항 Ⅴ-206

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-206

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-207

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... Ⅴ-208

17. (무)대동맥인조혈관치환수술특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'대동맥인조혈관치환수술'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대동맥인조혈관치환수술'이라 함은 대동맥의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥병소를 절제(excision)하고 인조혈관(artificial vessel)으로 치환(graft)하는 두가지 수술을 의미합니다. 여기에서 '대동맥'이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외합니다.

② 제1항에도 불구하고 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.

【보장에서 제외되는 수술 예시】
경피적(피부를 통한)혈관내대동맥류수술(Percutaneous Endovascular Aneurysm Repair)

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '대동맥인조혈관치환수술'을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 대동맥인조혈관치환 수술비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다(최초 1회 한함). 다만, 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

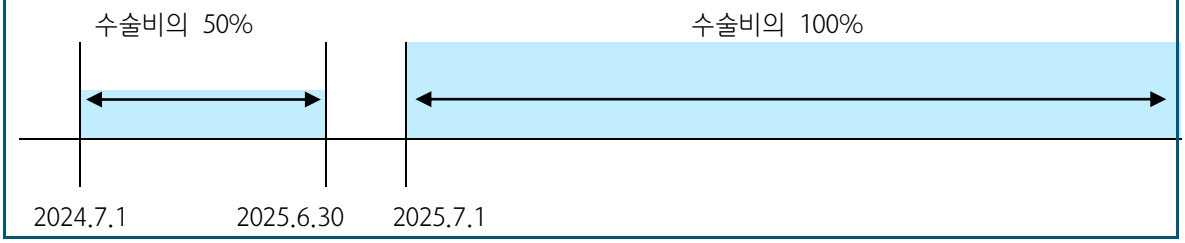
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

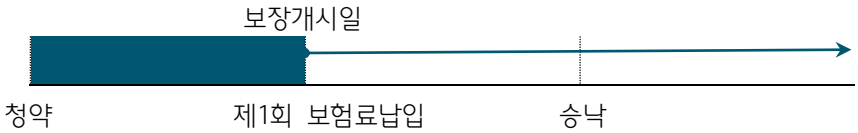
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
대동맥인조혈관치환 수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '대동맥인조혈관치환 수술'을 받았을 때 (계약일부터 1년미만에 보험금지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '대동맥인조혈관치환 수술비'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
대동맥인조혈관치환 수술비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

18. (무)부정맥 진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-211

제 1 관 용어의 정의 V-211

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-211

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-211

제 2-1 조의 3【'부정맥'의 정의 및 진단확정】..... V-211

제 2 관 보험금의 지급 등 V-212

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-212

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-212

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-212

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-213

제 2-6 조【사고증명서】..... V-213

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-213

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-213

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-213

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-214

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-214

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-214

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-214

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-214

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-215

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-215

제 2-15 조【해약환급금】..... V-215

제 5 관 기타사항 V-216

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... V-216

별표 2-1 보험금 지급기준표 V-217

별표 2-2 부정맥 분류표..... V-218

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... V-219

18. (무)부정맥 진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'부정맥'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '부정맥'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 부정맥 분류표('별표2-2 부정맥 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '부정맥'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도검사, 심장초음파, 경동맥초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근 효소검사 등을 기초로 하여야합니다. 또한 회사가 '부정맥'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【심전도 검사】
심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '부정맥'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 '부정맥'으로 확정되거나 추정되는 경우

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '부정맥'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 부정맥 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 최초 1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 진단 확정시 해당 진단자금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

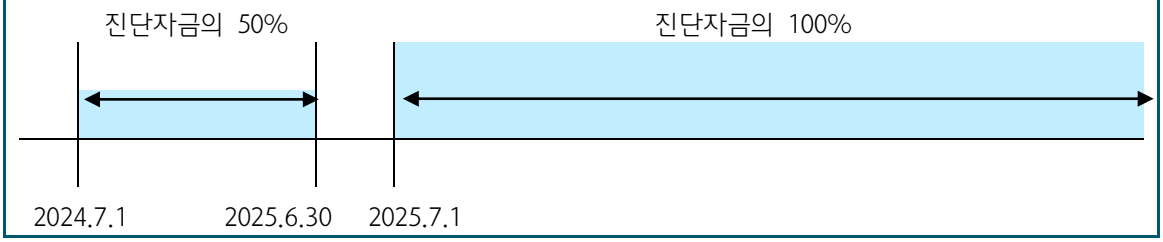
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유) 에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 '부정맥'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 부정맥 진단자금을 지급합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<양후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른

해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급

금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
부정맥 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '부정맥'으로 진단이 확정되었을 때 (계약일부터 1년미만 진단확정시 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '부정맥 진단자금'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 부정맥 분류표

약관에 규정하는 '부정맥'이라 함은 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '부정맥'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 발작성 빈맥	I47
2. 심방세동 및 조동	I48
3. 기타 심장부정맥	I49

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '부정맥'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
부정맥 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

19. (무)상급종합병원 특정순환계질환 주요치료특약 (치료별 연간1회)(간편심사형) 목차 (해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-222

제 1 관 용어의 정의 V-222

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-222

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-222

제 2-1 조의 3【'특정순환계질환'의 정의 및 진단확정】..... V-222

제 2-1 조의 4【'특정순환계질환주요치료'의 정의】..... V-224

제 2-1 조의 5【'수술'의 정의와 장소】..... V-224

제 2-1 조의 6【'혈전주요치료'의 정의】..... V-225

제 2-1 조의 7【'급여 혈전제거치료'의 정의】..... V-225

제 2-1 조의 8【'혈전용해치료'의 정의】..... V-225

제 2-1 조의 9【'상급종합병원 중환자실치료' 등의 정의】..... V-226

제 2-1 조의 10【'상급종합병원'의 정의】..... V-227

제 2-1 조의 11【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】..... V-227

제 2 관 보험금의 지급 등 V-229

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-229

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-230

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-230

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-230

제 2-6 조【사고증명서】..... V-230

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-231

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-231

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-231

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-231

제 2-10 조【특약의 갱신】 Ⅴ-232
제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】 Ⅴ-232
제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】 Ⅴ-232
제 2-13 조【특약내용의 변경 등】 Ⅴ-232

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-233
제 2-14 조【계약자의 임의해지】 Ⅴ-233
제 2-15 조【해약환급금】 Ⅴ-233

제 5 관 기타사항 Ⅴ-234
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】 Ⅴ-234

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-235
별표 2-2 특정순환계질환 분류표 Ⅴ-236
별표 2-3 급여 혈전제거술 분류표 Ⅴ-238
별표 2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅴ-239

19. (무)상급종합병원 특정순환계질환 주요치료특약 (치료별 연간1회)(간편심사형) 약관 (해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'특정순환계질환'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '특정순환계질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 특정순환계질환 분류표('별표2-2 특정순환계질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의하여 '외상성 두개내출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '특정순환계질환'의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【뇌전산화 단층촬영(brain CT scan)】
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술
【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
【뇌혈관조영술】
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

【양전자방출단층술(PET)】
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
【단일광자방출 전산화단층술(SPECT)】
Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
【뇌척수액검사】
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것
【심전도 검사】
심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.
【심장초음파 검사】
심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.
【관상동맥(심장동맥)촬영술】
관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
【심장효소검사】
심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.
【핵의학 검사】
방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '특정순환계질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 '특정순환계질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4【'특정순환계질환주요치료'의 정의】

이 특약에 있어서 '특정순환계질환주요치료'라 함은 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의5('수술'의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
2. '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의6('혈전주요치료'의 정의)에서 정한 혈전주요치료를 받은 경우
3. '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의9('상급종합병원 중환자실치료'의 정의)에서 정한 상급종합병원 중환자실치료를 받은 경우

제2-1조의5【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'은 피보험자가 의사에 의하여 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시 에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊)목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢),복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등)은 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다. **<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>**
【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아 들이는 것
【천자(穿刺)】
바늘 또는 관을 꽂아 체액, 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

③ 제2-1조의7('급여 혈전제거치료'의 정의)에서 정한 '급여 혈전제거치료'와 제2-1조의8('혈전용해치료'의 정의)에서 정한 '혈전용해치료'는 제1항 및 제2항에서 정한 수술에서 제외됩니다.

제2-1조의6【'혈전주요치료'의 정의】

이 특약에 있어서 '혈전주요치료'라 함은 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의7('급여 혈전제거치료'의 정의)에서 정한 급여 혈전제거치료를 받은 경우
2. '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의8('혈전용해치료'의 정의)에서 정한 혈전용해치료를 받은 경우

제2-1조의7【'급여 혈전제거치료'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '급여 혈전제거치료'라 함은 피보험자가 의사에 의하여 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 위해 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 '별표2-3 급여 혈전제거술 분류표'에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 '인정기준'이라 합니다.)를 받은 경우를 말합니다.

② 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제1항의 '급여 혈전제거치료'에서 제외됩니다.

③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 '수가코드'가 폐지 또는 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다. 다만, '수가코드'의 폐지 또는 변경으로 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전 기준에 따릅니다.

④ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '급여 혈전제거치료' 외에 '급여 혈전제거치료'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2-1조의8【'혈전용해치료'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '혈전용해치료'라 함은 피보험자가 의사가 피보험자의 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 '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 제외합니다. 다만, 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 '혈전용해치료'에 해당하지 않습니다.

【'혈전'】
혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리
【'색전'】
혈관 및 림프관 안에 생긴 유리물이 관의 일부 또는 전부를 막은 상태 또는 그 원인물질(고체, 액체 또는 기체)

제2-1조의9【'상급종합병원 중환자실치료' 등의 정의】

① 이 특약에 있어서 '상급종합병원 중환자실치료'라 함은 피보험자가 의사에 의하여 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 위해 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 '상급종합병원'의 '중환자실'에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 제1항의 '중환자실'(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)이라 함은 의료법 제 36 조(준수사항) 제 1 호 및 동법 시행규칙 제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 중환자실의 시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

【의료법 제36조(준수사항)】

제33조 제2항 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

【의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)】

법 제36조 제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표3과 같고, 그 시설규격은 별표4와 같다.

【의료법 시행규칙 별표3(의료기관의 종류별 시설기준)】

중환자실 : 병상이 300개 이상인 종합병원만 해당한다.

【의료법 시행규칙 별표4(의료기관의 시설규격)】

2. 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의10【'상급종합병원'의 정의】

이 특약에 있어서 '상급종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 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 것
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 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의11【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 제2-1조의7('급여 혈전제거치료'의 정의)의 '급여 혈전제거치료', '인정기준' 또는 제2-1조의10('상급종합병원'의 정의)의 '상급종합병원' 지정기준이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」, 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 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 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 '급여 혈전제거치료' ,'인정기준' 또는 '상급종합병원' 지정기준이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 '급여 혈전제거치료' ,'인정기준' 또는 '상급종합병원' 지정기준이 변경되어 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

① 이 특약은 다음 각 호에 해당하는 3개의 보장계약(이하 '보장계약'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 각 보장계약의 보험금의 지급사유가 발생한 경우 보험수익자에게 약정한 보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다음 각 호의 '특정순환계질환 수술자금', '특정순환계질환 혈전주요치료자금', '특정순환계질환 상급종합병원 중환자실치료자금'을 합하여 '특정순환계질환 주요치료비'라고 합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 '수술'을 받은 경우 :
   특정순환계질환 수술자금(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 '혈전주요치료'을 받은 경우 :
   특정순환계질환 혈전주요치료자금(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%지급, 각 치료 행위별로 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

급부명	치료행위	연간 지급 한도
특정순환계질환 상급종합병원 혈전주요치료자금	급여 혈전제거치료	연간 1회한
	혈전용해치료	연간 1회한

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 '상급종합병원 중환자실치료'을 받은 경우 :
   특정순환계질환 상급종합병원 중환자실치료자금(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 보장계약을 동시에 가입하여야 하며, 각 보장계약별로 보험가입금액을 다르게 할 수 있습니다.

③ 제1항의 각 호에 해당하는 보장계약별 보험금 지급기준 및 보장한도 등은 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 '별표2-1 보험금 지급기준표'를 따릅니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

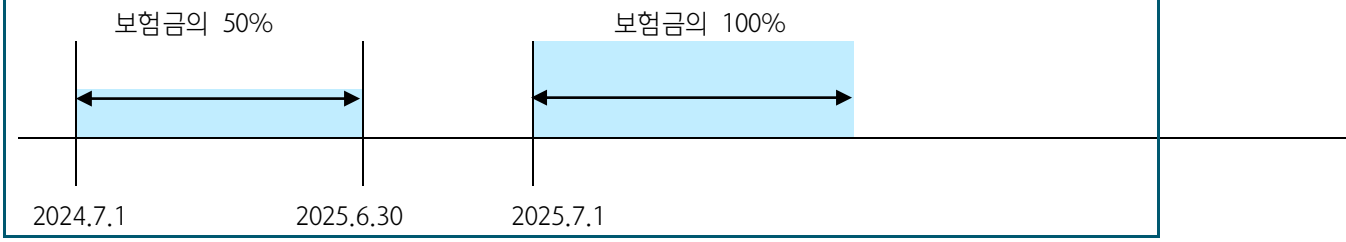
② 피보험자에게 계약일로부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 '보장계약' 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '연간'이라 함은 계약일부터 매 1년단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '특정순환계질환 주요치료비'는 여러 번 '특정순환계질환 주요치료'를 받더라도 치료별 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 입원증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입, 혈전용해치료 일자 및 내용 기입), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)기재), 진료비계산서, 진료기록부(수술기록지, 검사기록지, 혈전용해치료 기록지 포함), 중환자실 기록지, 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관, 국민건강보험공단 등에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

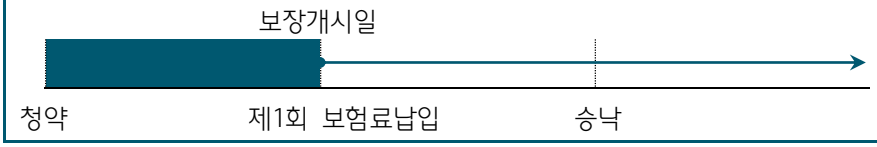
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 보장계약별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은

금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에

해당하는 금액으로 합니다.

3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

1. '수술' 보장계약

급부명	지급사유	지급금액
특정순환계질환 상급종합병원 수술자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 '수술'을 받았을 때 (계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회에 한함)	보장계약 보험가입금액의 100%

2. '혈전주요치료' 보장계약

급부명	지급사유	치료행위	지급금액
특정순환계질환 상급종합병원 혈전주요치료자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 '혈전주요치료'를 받았을 때 (계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%지급, 단, 각 치료 행위별 연간 1회에 한함)	급여 혈전제거치료	보장계약 보험가입금액의 100%
		혈전용해치료	보장계약 보험가입금액의 100%

3. '상급종합병원 중환자실치료' 보장계약

급부명	지급사유	지급금액
특정순환계질환 상급종합병원 중환자실치료자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 '상급종합병원 중환자실치료'를 받았을 때 (계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회에 한함)	보장계약 보험가입금액의 100%

(주)

1. '혈전주요치료' 보장계약의 '혈전주요치료'는 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 이 약관의 '급여 혈전제거치료', '혈전용해치료'를 받은 경우를 말합니다.
2. '연간'이라 함은 계약일부터 매 1년단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 소멸되고 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 특정순환계질환 분류표

약관에 규정하는 '특정순환계질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '특정순환계질환'의 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병명	분류번호
급성 류마티스열	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
만성 류마티스 심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
심장염증질환	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
중증 방실차단	방실차단 2도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
부정맥	발작성빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
특정 동맥혈관질환	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
문맥혈전증	문맥혈전증	I81
협심증	협심증	I20
경증 허혈성심장질환	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25

구분	대상질병명	분류번호
폐성심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
심부전	심부전	I50
경증 뇌혈관질환	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
식도정맥류	식도정맥류	I85
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
뇌경색증	뇌경색증	I63
급성심근경색증	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
뇌출혈	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	I62

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '특정순환계질환' 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 급여 혈전제거술 분류표

약관에서 규정하는 '급여 혈전제거치료'로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2023-16 호, 2023.2.1 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 의료행위를 말합니다.

의료행위명	수가코드
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-두개강내 혈관	M6636
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-두개강외 경부혈관	M6637
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-관상동맥	M6638
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-기타혈관	M6639
폐동맥혈전제거술	O1950
혈전제거술-심장	O0260
혈전제거술(동맥-흉부)	O2053
혈전제거술(동맥-복부)	O2054
혈전제거술(동맥-경부)	O2055
혈전제거술(동맥-기타)	O2056
혈전제거술(심부정맥-흉부)	O2057
혈전제거술(심부정맥-복부)	O2058
혈전제거술(심부정맥-하지)	O0218
혈전제거술(심부정맥-기타)	O2059

(주)

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 검사 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 보장하는 검사 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
특정순환계질환 주요치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

20. (무)심장질환 산정특례대상보장특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-242

제 1 관 용어의 정의 V-242

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-242

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-242

제 2-1 조의 3【'중증질환자(심장질환) 산정특례대상'의 정의】..... V-242

제 2-1 조의 4【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... V-243

제 2 관 보험금의 지급 등 V-244

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-244

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-244

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-245

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-245

제 2-6 조【사고증명서】..... V-245

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-245

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-245

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-246

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-246

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-247

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-247

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-247

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-247

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-247

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-247

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-247

제 5 관 기타사항 Ⅴ-249

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-249

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-250

별표 2-2 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병 Ⅴ-251

별표 2-3 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술 Ⅴ-252

별표 2-4 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분 Ⅴ-255

별표 2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅴ-256

20. (무)심장질환 산정특례대상보장특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'중증질환자(심장질환) 산정특례대상'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '중증질환자(심장질환) 산정특례대상'이라 함은 보건복지부에서 고시하는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2024-275호, 2025.1.1 시행)」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
'본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병'(별표 2-2 '본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병' 참조)에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 '본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술'(별표 2-3 '본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술' 참조)에 해당하는 수술 또는 '본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분'(별표 2-4 '본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분' 참조)에 해당하는 약제투여를 받은 경우 최대 30일. 다만, '본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병'에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 '본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술'에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V193

② 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 이후 이 약관에서 보장하는 '중증질환자(심장질환) 산정특례대상' 해당여부는 당시 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 판단합니다.

③ 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

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(심장질환) 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

"중증질환자(심장질환) 산정특례대상"에 해당하는 사람은 별도의 등록절차없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.

중증질환자(심장질환) 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제2-1조의4【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음의 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 '중증질환자(심장질환) 산정특례대상' 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 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 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 2 회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정

하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 중증질환자(심장질환) 산정특례대상으로 적용되는 경우 보험수익자에게 약정한 '심장질환 산정특례 보장자금'('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 연간 1회에 한하여 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

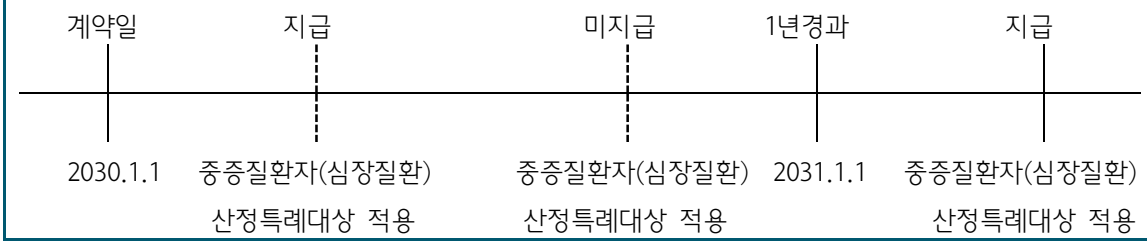
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금은 연간 1회를 지급한도로 합니다.

③ '연간'이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 심장질환 산정특례 보장자금은 "중증질환자(심장질환) 산정특례대상"에 해당하는 수술 또는 약제투여를 여러 번 시행하여 중증질환자(심장질환) 산정특례가 2회 이상 적용되더라도 연간 1회에 한하여 보장합니다.

【'심장질환 산정특례 보장자금' 지급 예시】



⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 "중증질환자(심장질환) 산정특례대상으로 적용되는 경우"는 "중증질환자(심장질환) 산정특례대상으로 등록된 날" 또는 "중증질환자(심장질환) 산정특례대상에 해당하는 수술 또는 약제투여를 받은 날"을 기준으로 적용합니다.

⑥ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환 산정특례 보장자금의 지급대상에 해당하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 보험기간 중 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생하였으나, 보험금을 청구하지 않고 피보험자 사망 이후 보험금을 청구한 경우에도 해당 보험금을 지급합니다.

⑧ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드, 특정기호, 산정특례 적용기간, 수술명, 수술코드, 약제성분명 등 기입), 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서 및 진료비세부내역서(심장질환 산정특례 적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

보장개시일

청약 승낙

제1회 보험료 납입

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

보장개시일

청약 제1회 보험료납입 승낙

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
심장질환 산정특례 보장자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 중증질환자(심장질환) 산정특례대상으로 적용되는 경우 (연간 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병

약관에서 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 해당여부를 판단합니다.

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
대동맥의 죽상경화증	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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술

약관에서 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술"이란 중증질환자 심장질환으로 인한 수술로서 건강보험심사평가원 전산청구(EDI)코드 분류상 국민건강보험법 시행령 제19조 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2024-275호, 2025. 1. 1시행)에 해당하는 수술을 말합니다. 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우는 개정된 기준에 따릅니다.

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

수술명	수술코드
기타 복잡기형에 대한 심장수술	O1851, O1852
좌우폐동맥 성형술	O1861
기능적 단심실증 교정술	O1873, O1874
라스텔리수술	O1875
총 폐정맥 환류이상증 수술	O1878
대혈관전위증 수술	O1879, O1881, O1882, O1883
심실 보조장치 치료술	O0881, O0882, O0883, O0886, O0887, O0888, O0889
인공심폐순환	O1890, O1891
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, 02005, O2009, O0203~O0210, O0236, O0237, O0241~O0243
부정맥수술	O2006, O2007
심율동전환 제세동기거치술	O0211, O0212, O2211, O2212
동맥류 절제술	O0231, 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

수술명	수술코드
경피적 관상동맥확장술	M6551,M6552,M6553,M6554
경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6561~M6564,M6565~M6567
경피적 관상동맥죽상반절제술	M6571, M6572
경피적 대동맥판삽입술	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
디케이에스수술	O1853
관상동맥성형술	O1854
대동맥박리수술	O0232~O0234
대동맥근부수술	O0235
심장 재동기화 치료기 거치술	O2221~O2224

별표2-4 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분

약관에서 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분"이란 국민건강보험법 시행령 제19조 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2024-275호, 2025. 1. 1시행)에 해당하는 약제성분을 말합니다. 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우는 개정된 기준에 따릅니다.

약제성분명	주사제
Alteplase	주사제
Tenecteplase	주사제
Urokinase	주사제

별표2-5 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
심장질환 산정특례 보장자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

21. (무)심장판막수술특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-259

제 1 관 용어의 정의 V-259

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-259

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-259

제 2-1 조의 3【'심장판막수술'의 정의 및 진단확정】..... V-259

제 2 관 보험금의 지급 등 V-259

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-260

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-260

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-260

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-260

제 2-6 조【사고증명서】..... V-260

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-261

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-261

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-261

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-261

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-262

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-262

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-262

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-262

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-263

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-263

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-263

제 5 관 기타사항 Ⅴ-264

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-264

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-265

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... Ⅴ-266

21. (무)심장판막수술특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'심장판막수술'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '심장판막수술'이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접 목적으로 하여 다음의 두 가지 기준 중 한가지 이상에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로치환하여 주는 수술
2. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)을 해주는 수술

② 제1항에도 불구하고 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.

1. 카테터를 이용하여 수술하는 경우

【보장에서 제외되는 수술 예시】
경피적(피부를 통한) 판막성형술(Percutaneous Balloon Valvuloplasty)

2. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '심장판막수술'을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 심장판막 수술비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다(최초 1회 한함). 다만, 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

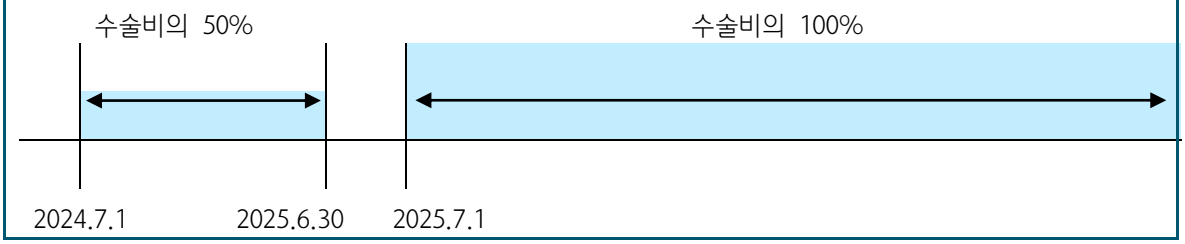
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

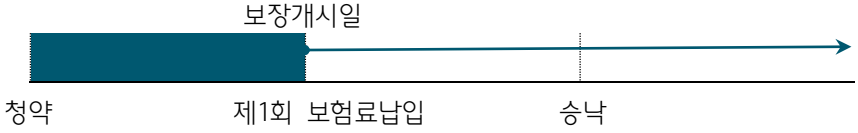
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
심장판막 수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '심장판막수술'을 받았을 때 (계약일부터 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '심장판막 수술비'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
심장판막 수술비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

22. (무)특정순환계질환 주요치료특약(치료별 연간1회)(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-269

제 1 관 용어의 정의 V-269

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-269

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-269

제 2-1 조의 3【'특정순환계질환'의 정의 및 진단확정】..... V-269

제 2-1 조의 4【'특정순환계질환주요치료'의 정의】..... V-271

제 2-1 조의 5【'수술'의 정의와 장소】..... V-271

제 2-1 조의 6【'혈전주요치료'의 정의】..... V-272

제 2-1 조의 7【'급여 혈전제거치료'의 정의】..... V-272

제 2-1 조의 8【'혈전용해치료'의 정의】..... V-272

제 2-1 조의 9【'종합병원 중환자실치료' 등의 정의】..... V-273

제 2-1 조의 10【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】..... V-275

제 2 관 보험금의 지급 등 V-276

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-276

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-276

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-277

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-277

제 2-6 조【사고증명서】..... V-277

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-278

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-278

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-278

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-278

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-279

제 2-11 조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】 Ⅴ-279
제 2-12 조【“특약의 무효”에 대한 특칙】 Ⅴ-279
제 2-13 조【특약내용의 변경 등】 Ⅴ-279

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-280

제 2-14 조【계약자의 임의해지】 Ⅴ-280
제 2-15 조【해약환급금】 Ⅴ-280

제 5 관 기타사항 Ⅴ-281

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】 Ⅴ-281

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-282
별표 2-2 특정순환계질환 분류표 Ⅴ-283
별표 2-3 급여 혈전제거술 분류표 Ⅴ-285
별표 2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅴ-286

22. (무)특정순환계질환 주요치료특약(치료별 연간1회)(간편심사형) 약관 (해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'특정순환계질환'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '특정순환계질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 특정순환계질환 분류표('별표2-2 특정순환계질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 의하여 '외상성 두개내출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '특정순환계질환'의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【뇌전산화 단층촬영(brain CT scan)】
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술
【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
【뇌혈관조영술】
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

【양전자방출단층술(PET)】
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
【단일광자방출 전산화단층술(SPECT)】
Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
【뇌척수액검사】
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것
【심전도 검사】
심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.
【심장초음파 검사】
심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.
【관상동맥(심장동맥)촬영술】
관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
【심장효소검사】
심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.
【핵의학 검사】
방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '특정순환계질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 '특정순환계질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4【'특정순환계질환주요치료'의 정의】

이 특약에 있어서 '특정순환계질환주요치료'라 함은 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의5('수술'의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
2. '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의6('혈전주요치료'의 정의)에서 정한 혈전주요치료를 받은 경우
3. '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의9('종합병원 중환자실치료'의 정의)에서 정한 종합병원 중환자실치료를 받은 경우

제2-1조의5【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'은 피보험자가 의사에 의하여 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시 에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊)목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢),복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등)은 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다. **<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>**
【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아 들이는 것
【천자(穿刺)】
바늘 또는 관을 꽂아 체액, 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

③ 제2-1조의7('급여 혈전제거치료'의 정의)에서 정한 '급여 혈전제거치료'와 제2-1조의8('혈전용해치료'의 정의)에서 정한 '혈전용해치료'는 제1항 및 제2항에서 정한 수술에서 제외됩니다.

제2-1조의6【'혈전주요치료'의 정의】

이 특약에 있어서 '혈전주요치료'라 함은 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의7('급여 혈전제거치료'의 정의)에서 정한 급여 혈전제거치료를 받은 경우
2. '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의8('혈전용해치료'의 정의)에서 정한 혈전용해치료를 받은 경우

제2-1조의7【'급여 혈전제거치료'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '급여 혈전제거치료'라 함은 피보험자가 의사에 의하여 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 위해 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 '별표2-3 급여 혈전제거술 분류표'에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한하며, 이하 '인정기준'이라 합니다.)를 받은 경우를 말합니다.

② 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제1항의 '급여 혈전제거치료'에서 제외됩니다.

③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 '수가코드'가 폐지 또는 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다. 다만, '수가코드'의 폐지 또는 변경으로 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전 기준에 따릅니다.

④ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '급여 혈전제거치료' 외에 '급여 혈전제거치료'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2-1조의8【'혈전용해치료'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '혈전용해치료'라 함은 피보험자가 의사가 피보험자의 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 '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 제외합니다. 다만, 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 '혈전용해치료'에 해당하지 않습니다.

【'혈전'】
혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리
【'색전'】
혈관 및 림프관 안에 생긴 유리물이 관의 일부 또는 전부를 막은 상태 또는 그 원인물질(고체, 액체 또는 기체)

제2-1조의9【'종합병원 중환자실치료' 등의 정의】

① 이 특약에 있어서 '종합병원 중환자실치료'라 함은 피보험자가 의사에 의하여 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 위해 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 '종합병원'의 '중환자실'에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 제1항의 '종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【의료법 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.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【의료법 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 것
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 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

③ 제1항의 '중환자실'(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)이라 함은 의료법 제 36 조(준수사항) 제 1 호 및 동법 시행규칙 제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 중환자실의

시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

【의료법 제36조(준수사항)】

제33조 제2항 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

【의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)】

법 제36조 제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표3과 같고, 그 시설규격은 별표4와 같다.

【의료법 시행규칙 별표3(의료기관의 종류별 시설기준)】

중환자실 : 병상이 300개 이상인 종합병원만 해당한다.

【의료법 시행규칙 별표4(의료기관의 시설규격)】

2. 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의10【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 제2-1조의7(‘급여 혈전제거치료’의 정의)의 ‘급여 혈전제거치료’, ‘인정기준’ 또는 제2-1조의9(‘종합병원 중환자실치료’ 등의 정의)의 ‘종합병원’ 지정기준이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」, 「의료법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 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 및 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 ‘급여 혈전제거치료’ ,‘인정기준’ 또는 ‘종합병원’ 지정기준이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 ‘급여 혈전제거치료’ ,‘인정기준’ 또는 ‘종합병원’ 지정기준이 변경되어 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험료 변경 내용, 특약내용 변경절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 변경 전·후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유 발생 당시의 보험금 지급기준에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우 이후 법령의 개정으로 보험금 지급기준이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

① 이 특약은 다음 각 호에 해당하는 3개의 보장계약(이하 '보장계약'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 각 보장계약의 보험금의 지급사유가 발생한 경우 보험수익자에게 약정한 보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다음 각 호의 '특정순환계질환 수술자금', '특정순환계질환 혈전주요치료자금', '특정순환계질환 종합병원 중환자실치료자금'을 합하여 '특정순환계질환 주요치료비'라고 합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 '수술'을 받은 경우 :

   특정순환계질환 수술자금(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 '혈전주요치료'를 받은 경우 :

   특정순환계질환 혈전주요치료자금(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%지급, 각 치료 행위별로 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

급부명	치료행위	연간 지급 한도
특정순환계질환 혈전주요치료자금	급여 혈전제거치료	연간 1회한
	혈전용해치료	연간 1회한

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 '종합병원 중환자실치료'을 받은 경우 :

   특정순환계질환 종합병원 중환자실치료자금(계약일로부터 1년미만 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%지급, 보험연도 기준 연간 1회에 한함)

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 보장계약을 동시에 가입하여야 하며, 각 보장계약별로 보험가입금액을 다르게 할 수 있습니다.

③ 제1항의 각 호에 해당하는 보장계약별 보험금 지급기준 및 보장한도 등은 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 '별표2-1 보험금 지급기준표'를 따릅니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 계약일로부터 1년 미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발

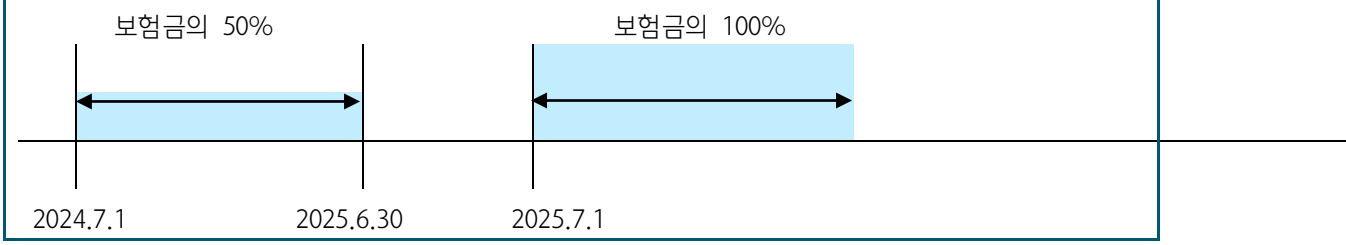
생한 경우에는 해당 '보장계약' 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '연간'이라 함은 계약일부터 매 1년단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '특정순환계질환 주요치료비'는 여러 번 '특정순환계질환 주요치료'를 받더라도 치료별 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 입원증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입, 혈전용해치료 일자 및 내용 기입), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI)기재), 진료비계산서, 진료기록부(수술기록지, 검사기록지, 혈전용해치료 기록지 포함), 중환자실 기록지, 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관, 국민건강보험공단 등에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

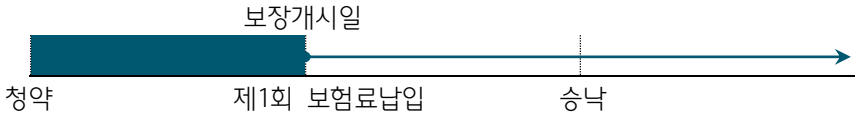
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 보장계약별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형

상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

1. '수술' 보장계약

급부명	지급사유	지급금액
특정순환계질환 수술자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 '수술'을 받았을 때 (계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회에 한함)	보장계약 보험가입금액의 100%

2. '혈전주요치료' 보장계약

급부명	지급사유	치료행위	지급금액
특정순환계질환 혈전주요치료자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 '혈전주요치료'를 받았을 때 (계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%지급, 단, 각 치료 행위별 연간 1회에 한함)	급여 혈전제거치료	보장계약 보험가입금액의 100%
		혈전용해치료	보장계약 보험가입금액의 100%

3. '종합병원 중환자실치료' 보장계약

급부명	지급사유	지급금액
특정순환계질환 종합병원 중환자실치료자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 '종합병원 중환자실치료'를 받았을 때 (계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%지급, 단, 연간 1회에 한함)	보장계약 보험가입금액의 100%

(주)

1. '혈전주요치료' 보장계약의 '혈전주요치료'는 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 이 약관의 '급여 혈전제거치료', '혈전용해치료'를 받은 경우를 말합니다.
2. '연간'이라 함은 계약일부터 매 1년단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 소멸되고 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 특정순환계질환 분류표

약관에 규정하는 '특정순환계질환'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '특정순환계질환'의 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병명	분류번호
급성 류마티스열	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
만성 류마티스 심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
심장염증질환	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
중증 방실차단	방실차단 2도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
부정맥	발작성빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
특정 동맥혈관질환	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
문맥혈전증	문맥혈전증	I81
협심증	협심증	I20
경증 허혈성심장질환	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25

구분	대상질병명	분류번호
폐성심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
심부전	심부전	I50
경증 뇌혈관질환	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
식도정맥류	식도정맥류	I85
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
뇌경색증	뇌경색증	I63
급성심근경색증	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
뇌출혈	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	I62

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '특정순환계질환' 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 급여 혈전제거술 분류표

약관에서 규정하는 '급여 혈전제거치료'로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2023-16 호, 2023.2.1 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 의료행위를 말합니다.

의료행위명	수가코드
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-두개강내 혈관	M6636
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-두개강외 경부혈관	M6637
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-관상동맥	M6638
경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-기타혈관	M6639
폐동맥혈전제거술	O1950
혈전제거술-심장	O0260
혈전제거술(동맥-흉부)	O2053
혈전제거술(동맥-복부)	O2054
혈전제거술(동맥-경부)	O2055
혈전제거술(동맥-기타)	O2056
혈전제거술(심부정맥-흉부)	O2057
혈전제거술(심부정맥-복부)	O2058
혈전제거술(심부정맥-하지)	O0218
혈전제거술(심부정맥-기타)	O2059

(주)

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 검사 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 보장하는 검사 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
특정순환계질환 주요치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

23. (무)허혈성심장질환 상급종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-289

제 1 관 용어의 정의 V-289

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-289

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-289

제 2-1 조의 3【'허혈성심장질환'의 정의 및 진단확정】..... V-289

제 2-1 조의 4【'통원'의 정의와 장소】..... V-290

제 2-1 조의 5【'상급종합병원'의 정의】..... V-290

제 2-1 조의 6【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... V-291

제 2 관 보험금의 지급 등 V-291

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-292

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-292

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-292

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-293

제 2-6 조【사고증명서】..... V-293

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-293

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-293

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-293

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-294

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-294

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-294

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-294

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-294

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-295
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-295
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-295

제 5 관 기타사항 Ⅴ-296
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-296

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-297
별표 2-2 허혈성심장질환 분류표 Ⅴ-298
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅴ-299

23. (무)허혈성심장질환 상급종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'허혈성심장질환'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '허혈성심장질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 허혈성심장질환 분류표('별표2-2 허혈성심장질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '허혈성심장질환'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【심전도 검사】
심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.
【심장초음파 검사】
심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.
【관상동맥(심장동맥)촬영술】
관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
【심장효소검사】
심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.

【핵의학 검사】

방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '허혈성심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 '허혈성심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4【'통원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '통원'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 피보험자가 허혈성심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의5【'상급종합병원'의 정의】

이 특약에 있어서 '상급종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 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 것
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 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의6【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의5(‘상급종합병원’의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 ‘상급종합병원’ 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 ‘상급종합병원’ 제도의 변경으로 제2-1조의5(‘상급종합병원’의 정의)의 ‘상급종합병원’ 지정이 불가능한 경우

【예시】

상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【계약자적립액】

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

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '허혈성심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 허혈성심장질환 상급종합병원 통원비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.(통원 1회당, 1일 1회한, 보험연도 기준 연 30회 한함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '보험연도'란 당해연도 연계약해당일부터 차년도 연계약해당일 전일까지 매 1년단위의 연도를 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【'보험연도' 예시】
계약일이 2024년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.
【해당연도에 계약해당일이 없는 경우 예시】
최초계약일이 2024년 2월 29일인 경우, 2025년의 계약해당일은 2025년 2월 28일로 함 ⇒ 2025년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 계약해당일로 함

③ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '허혈성심장질환 상급종합병원 통원비'의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 '허혈성심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 하루에 2회 이상 상급종합병원에 통원 치료시 1회에 한하여 해당 '허혈성심장질환 상급종합병원 통원비'를 지급합니다.

⑤ 허혈성심장질환 상급종합병원 통원비의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한하며, 보험연도 기준 연 30회을 최고한도로 합니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 의료기관에 통원하여 치료를 받던 중 해당 의료기관이 제2-1조의5('상급종합병원'의 정의)에서 정한 상급종합병원으로 지정되는 경우, 상급종합병원 지정 적용일부터 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 허혈성심장질환 상급종합병원 통원비를 지급합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 상급종합병원이 제2-1조의5('상급종합병원'의 정의)에서 정한 상급종합병원 지정이 취소된 경우 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 허혈성심장질환 상급종합병원 통원비를 지급합니다.

⑧ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 통원증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<양후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
허혈성심장질환 상급종합병원 통원비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '허혈성심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회한, 연간 30회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더이상 보험금 지급사유가 발생할수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 '허혈성심장질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '허혈성심장질환'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '허혈성심장질환'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
허혈성심장질환 상급종합병원 통원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

24. (무)허혈성심장질환 수술특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-302

제 1 관 용어의 정의 V-302

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-302

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-302

제 2-1 조의 3【'허혈성심장질환'의 정의 및 진단확정】..... V-302

제 2-1 조의 4【'수술'의 정의와 장소】..... V-303

제 2 관 보험금의 지급 등 V-304

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-304

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-304

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-304

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-304

제 2-6 조【사고증명서】..... V-305

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-305

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-305

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-305

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-305

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-306

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-306

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-306

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-306

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-307

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-307

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-307

제 5 관 기타사항 Ⅴ-308

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-308

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-309

별표 2-2 허혈성심장질환 분류표 Ⅴ-310

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... Ⅴ-311

24. (무)허혈성심장질환 수술특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'허혈성심장질환'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '허혈성심장질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 허혈성심장질환 분류표('별표2-2 허혈성심장질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '허혈성심장질환'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【심전도 검사】
심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.
【심장초음파 검사】
심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.
【관상동맥(심장동맥)촬영술】
관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
【심장효소검사】
심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.

【핵의학 검사】

방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '허혈성심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 '허혈성심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 허혈성심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊)목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢),복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등)은 제외합니다.

【절단(切斷)】

특정부위를 잘라 내는 것

【절제(切除)】

특정부위를 잘라 없애는 것

【흡인(吸引)】

주사기 등으로 빨아들이는 것

【천자(穿刺)】

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 허혈성심장질환 수술비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다(수술 1회당). 다만, 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

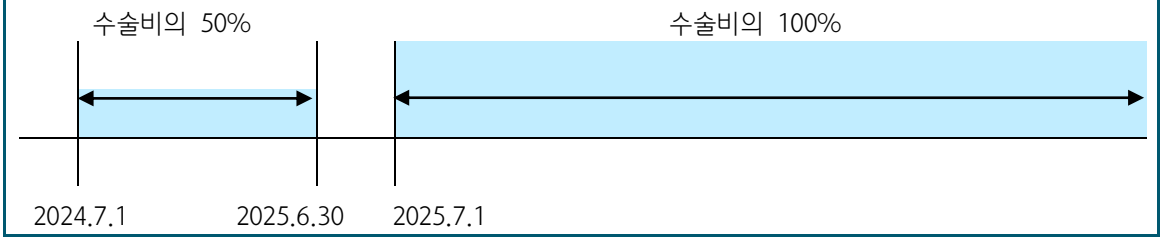
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유) 에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

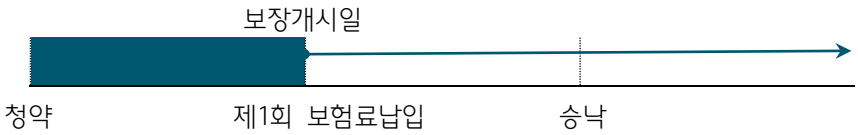
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
허혈성심장질환 수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 (계약일부터 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%지급)	수술 1회당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '허혈성심장질환 수술비'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 '허혈성심장질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '허혈성심장질환'의 해당 여부를 판단합니다.

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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '허혈성심장질환'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
허혈성심장질환 수술비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

25. (무)허혈성심장질환 입원특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-314

제 1 관 용어의 정의 V-314

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-314

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-314

제 2-1 조의 3【'허혈성심장질환'의 정의 및 진단확정】..... V-314

제 2-1 조의 4【'입원'의 정의와 장소】..... V-315

제 2 관 보험금의 지급 등 V-315

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-315

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-315

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-316

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-316

제 2-6 조【사고증명서】..... V-316

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-317

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-317

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-317

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-317

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-318

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-318

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-318

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-318

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-319

제 2-14 조【계약자의 임의해지】 Ⅴ-319
제 2-15 조【해약환급금】 Ⅴ-319

제 5 관 기타사항 Ⅴ-320

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】 Ⅴ-320

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-321
별표 2-2 허혈성심장질환 분류표 Ⅴ-322
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅴ-323

25. (무)허혈성심장질환 입원특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'허혈성심장질환'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '허혈성심장질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 허혈성심장질환 분류표('별표2-2 허혈성심장질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '허혈성심장질환'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【심전도 검사】
심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.
【심장초음파 검사】
심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.
【관상동맥(심장동맥)촬영술】
관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
【심장효소검사】
심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.

【핵의학 검사】

방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '허혈성심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 '허혈성심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4【'입원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 허혈성심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '허혈성심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 허혈성심장질환 입원비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다만, 입원일수 1일당, 1회 입원당 120일 한도로 합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

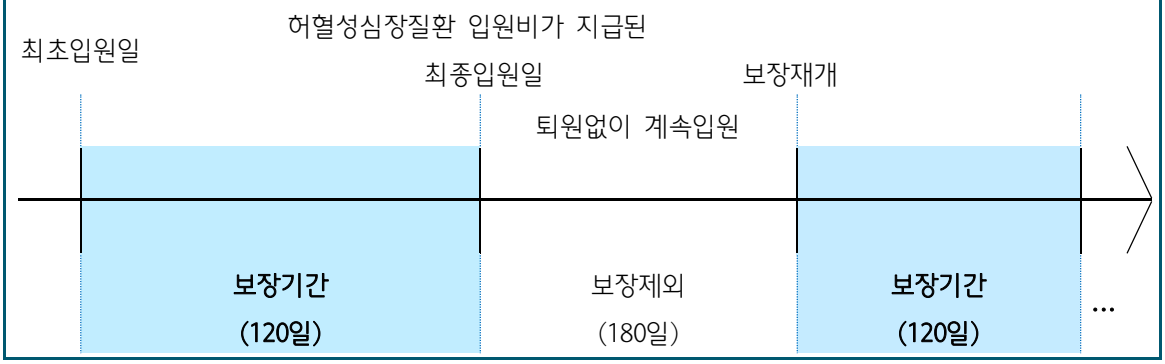
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 허혈성심장질환 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 허혈성심장질환 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 허혈성심장질환 입원비를 지급합니다. 이때, 허혈성심장질환 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 허혈성심장질환 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날부터 180일이 지난 후 새로운 입원이 개시된 것으로 봅니다.

【예시】



⑤ 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항에 따라 계속 허혈성심장질환 입원비를 지급합니다. 다만, 보험기간이 끝난 후 제4항에 따라 간주된 새로운 입원의 입원기간에 대해서는 허혈성심장질환 입원비를 지급하지 않습니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 허혈성심장질환 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 허혈성심장질환 입원비를 지급하며, 허혈성심장질환 입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 허혈성심장질환 입원비를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병 모두 입원치료가 필요한 질병인 경우에 한합니다.

⑨ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 입·퇴원확인서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

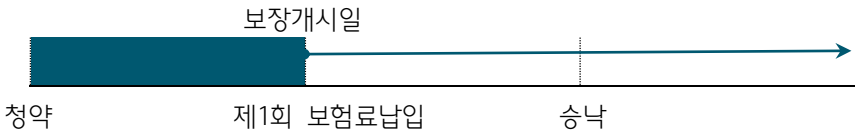
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
허혈성심장질환 입원비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '허혈성심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 입원일수 1일당, 1회 입원당 120일 한도)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생 할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 '허혈성심장질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '허혈성심장질환'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '허혈성심장질환'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
허혈성심장질환 입원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

26. (무)허혈성심장질환 종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-326

제 1 관 용어의 정의 V-326

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-326

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-326

제 2-1 조의 3【'허혈성심장질환'의 정의 및 진단확정】..... V-326

제 2-1 조의 4【'통원'의 정의와 장소】..... V-327

제 2-1 조의 5【'종합병원'의 정의】..... V-327

제 2-1 조의 6【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... V-327

제 2 관 보험금의 지급 등 V-328

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-328

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-329

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-329

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-329

제 2-6 조【사고증명서】..... V-330

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-330

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-330

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-330

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-330

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-331

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-331

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-331

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-331

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-332

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-332

제 2-15 조【해약환급금】..... V-332

제 5 관 기타사항 V-333

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... V-333

별표 2-1 보험금 지급기준표 V-334

별표 2-2 허혈성심장질환 분류표 V-335

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 V-336

26. (무)허혈성심장질환 종합병원통원특약(연간30회)(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'허혈성심장질환'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '허혈성심장질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 허혈성심장질환 분류표('별표2-2 허혈성심장질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '허혈성심장질환'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【심전도 검사】
심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.
【심장초음파 검사】
심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.
【관상동맥(심장동맥)촬영술】
관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
【심장효소검사】
심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.

【핵의학 검사】

방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '허혈성심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 '허혈성심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4【'통원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '통원'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 피보험자가 허혈성심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의5【'종합병원'의 정의】

이 특약에 있어서 '종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원(이하 '종합병원'이라 합니다)을 말합니다.

【의료법 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.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의6【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의5('종합병원'의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 '종합병원' 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 '종합병원' 제도의 변경으로 제2-1조의5('종합병원'의 정의)의 '종합병원' 지정이 불가능한 경우

【예시】
종합병원 제도의 변경으로 종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

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

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '허혈성심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 허혈성심장질환 종합병원 통원비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.(통원 1회당, 1일 1회한, 보험연도 기준 연 30회 한함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '보험연도'란 당해연도 연계약해당일부터 차년도 연계약해당일 전일까지 매 1년단위의 연도를 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【'보험연도' 예시】
계약일이 2024년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.
【해당연도에 계약해당일이 없는 경우 예시】
최초계약일이 2024년 2월 29일인 경우, 2025년의 계약해당일은 2025년 2월 28일로 함 ⇒ 2025년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 계약해당일로 함

③ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '허혈성심장질환 종합병원 통원비'의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 '허혈성심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 하루에 2회 이상 종합병원에 통원 치료시 1회에 한하여 해당 '허혈성심장질환 종합병원 통원비'를 지급합니다.

⑤ 허혈성심장질환 종합병원 통원비의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한하며, 보험연도 기준 연 30회을 최고한도로 합니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 의료기관에 통원하여 치료를 받던 중 해당 의료기관이 제2-1조의5('종합병원'의 정의)에서 정한 종합병원으로 지정되는 경우, 종합병원 지정 적용 일부터 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 허혈성심장질환 종합병원 통원비를 지급합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 종합병원이 제2-1조의5('종합병원'의 정의)에서 정한 종합병원 지정이 취소된 경우 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 허혈성심장질환 종합병원 통원비를 지급합니다.

⑧ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 통원증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

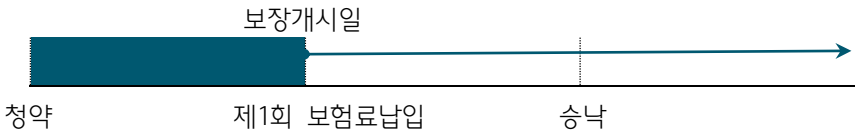
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
허혈성심장질환 종합병원 통원비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '허혈성심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 때 (통원1회당, 1일 1회한, 연간 30회한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더이상 보험금 지급사유가 발생할수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 '허혈성심장질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '허혈성심장질환'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '허혈성심장질환'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
허혈성심장질환 종합병원 통원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

27. (무)허혈성심장질환 진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-339

제 1 관 용어의 정의 V-339

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-339

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-339

제 2-1 조의 3【'허혈성심장질환'의 정의 및 진단확정】..... V-339

제 2 관 보험금의 지급 등 V-340

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-340

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-340

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-341

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-341

제 2-6 조【사고증명서】..... V-341

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-341

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-341

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-342

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-342

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-343

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-343

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-343

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-343

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-344

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-344

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-344

제 5 관 기타사항 Ⅴ-345

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-345

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-346

별표 2-2 허혈성심장질환 분류표 Ⅴ-347

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅴ-348

27. (무)허혈성심장질환 진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'허혈성심장질환'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '허혈성심장질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 허혈성심장질환 분류표('별표2-2 허혈성심장질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '허혈성심장질환'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【심전도 검사】
심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.
【심장초음파 검사】
심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.
【관상동맥(심장동맥)촬영술】
관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
【심장효소검사】
심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.

【핵의학 검사】

방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '허혈성심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 '허혈성심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '허혈성심장질환'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 허혈성심장질환 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. 다만, 최초 1회에 한하며 계약일로부터 90일 이내에 진단 확정시 해당 진단자금의 10%만 지급하며, 1년 미만에 진단 확정시 해당 진단자금의 70%만 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 계약일로부터 90일 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 10%만 지급하며, 계약일 이후 90일 경과시점부터 1년 미만(계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 70%만 지급합니다.

【예시】

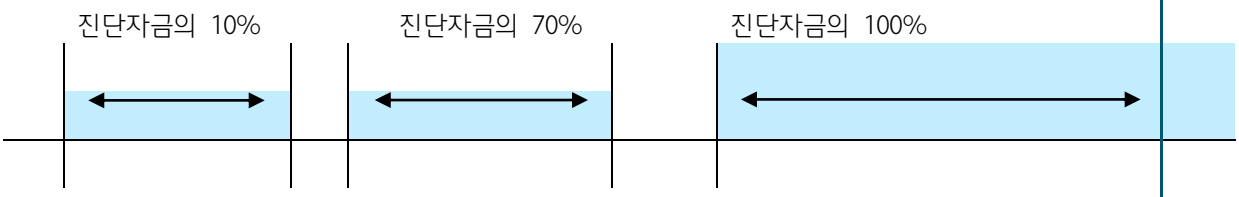
계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 91일미만 시점: 2024년 9월 28일

계약일로부터 91일이상 시점: 2024년 9월 29일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 '허혈성심장질환'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 허혈성심장질환 진단자금을 지급합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

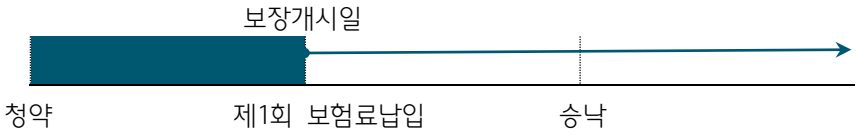
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액	
허혈성심장질환 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '허혈성심장질환'으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회 한함)	계약일로부터 90일 이내	특약 보험가입금액의 10%
		계약일로부터 91일 이상 ~ 1년 미만	특약 보험가입금액의 70%
		계약일로부터 1년 이상	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 90일 이내에 '허혈성심장질환 진단자금'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 10%만 지급하며 계약일 이후 90일 경과시점부터 1년 미만에 '허혈성심장질환 진단자금'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 70%만 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 '허혈성심장질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '허혈성심장질환'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '허혈성심장질환'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
허혈성심장질환 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

28. (무)허혈성심장질환 통원특약(연간30회)(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-351

제 1 관 용어의 정의 V-351

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-351

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-351

제 2-1 조의 3【'허혈성심장질환'의 정의 및 진단확정】..... V-351

제 2-1 조의 4【'통원'의 정의와 장소】..... V-352

제 2 관 보험금의 지급 등 V-352

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-352

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-352

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-353

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-353

제 2-6 조【사고증명서】..... V-353

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-353

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-353

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-354

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-354

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-355

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-355

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-355

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-355

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-355

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-355

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-355

제 5 관 기타사항 Ⅴ-357

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-357

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-358

별표 2-2 허혈성심장질환 분류표 Ⅴ-359

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅴ-360

28. (무)허혈성심장질환 통원특약(연간30회)(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'허혈성심장질환'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '허혈성심장질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 허혈성심장질환 분류표('별표2-2 허혈성심장질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '허혈성심장질환'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【심전도 검사】
심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.
【심장초음파 검사】
심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.
【관상동맥(심장동맥)촬영술】
관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
【심장효소검사】
심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.

【핵의학 검사】

방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '허혈성심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 '허혈성심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4【'통원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '통원'이라 함은 의료기관에서 의사에 의하여 피보험자가 허혈성심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '허혈성심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 허혈성심장질환 통원비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.(통원 1회당, 1일 1회한, 보험연도 기준 연 30회 한함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '보험연도'란 당해연도 연계약해당일부터 차년도 연계약해당일 전일까지 매 1년단위의 연도를 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【'보험연도' 예시】

계약일이 2024년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.

【해당연도에 계약해당일이 없는 경우 예시】

최초계약일이 2024년 2월 29일인 경우, 2025년의 계약해당일은 2025년 2월 28일로 함

⇒ 2025년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 계약해당일로 함

③ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '허혈성심장질환 통원비'의 지급횟수는 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 '허혈성심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 해당 '허혈성심장질환 통원비'를 지급합니다.

⑤ 허혈성심장질환 통원비의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한하며, 보험연도 기준 연 30회을 최고한도로 합니다.

⑥ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 통원증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

보장개시일

청약 승낙

제1회 보험료 납입

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

보장개시일

청약 제1회 보험료납입 승낙

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
허혈성심장질환 통원비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '허혈성심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회한, 연간 30회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더이상 보험금 지급사유가 발생할수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 '허혈성심장질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '허혈성심장질환'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
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

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '허혈성심장질환'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
허혈성심장질환 통원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

01. (무)1~5종수술특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅵ-3

제 1 관 용어의 정의 Ⅵ-3

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅵ-3

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅵ-3

제 2-1 조의 3【'수술'의 정의와 장소】..... Ⅵ-3

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅵ-4

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅵ-4

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅵ-4

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅵ-5

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅵ-5

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅵ-6

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅵ-6

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅵ-6

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅵ-6

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅵ-6

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅵ-7

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅵ-7

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅵ-7

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅵ-7

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅵ-8
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅵ-8
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-8

제 5 관 기타사항 Ⅵ-9
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-9

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-10
별표 2-2 1~5 종 수술분류표 Ⅵ-11
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-19

01. (무)1~5종수술특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'은 의료기관의 의사에 의하여 피보험자가 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1~5종 수술분류표('별표2-2 1~5종 수술분류표' 참조, 이하 '1~5종 수술분류표'라 합니다)에서 정한 행위가 필요하다고 인정된 경우를 말합니다.

② 제1항에서 "수술"이란, 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자(穿刺)】
바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

① 이 특약은 다음 각 호에 해당하는 5개의 보장계약(이하 '보장계약'이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장계약 중 어느 하나에 해당하는 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 수술비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다만, 피보험자가 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 수술을 받았을 경우에는 해당 수술비의 50%를 지급합니다.(수술 1회당 수술비 1회 지급) 다음 각호의 '1종 수술비', '2종 수술비', '3종 수술비', '4종 수술비', '5종 수술비'를 합하여 '수술비'라 합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-1조의3('수술'의 정의와 장소)에서 정한 수술 중 1종 수술을 받은 경우 : 1종 수술비
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-1조의3('수술'의 정의와 장소)에서 정한 수술 중 2종 수술을 받은 경우 : 2종 수술비
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-1조의3('수술'의 정의와 장소)에서 정한 수술 중 3종 수술을 받은 경우 : 3종 수술비
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-1조의3('수술'의 정의와 장소)에서 정한 수술 중 4종 수술을 받은 경우 : 4종 수술비
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-1조의3('수술'의 정의와 장소)에서 정한 수술 중 5종 수술을 받은 경우 : 5종 수술비

② 이 특약을 체결할 때 계약자는 모든 보장계약을 동시에 가입하여야 하며, 각 보장계약별로 보험가입금액을 다르게 할 수 있습니다.

③ 제1항의 각 호에 해당하는 보장계약별 보험금 지급기준 및 보장한도 등은 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 '별표2-1 보험금 지급기준표'를 따릅니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료

납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 제 2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2026년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2027년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2027년 7월 1일

· ○재해 이외의 원인으로 수술을 받을 시

· ○재해를 원인으로 수술을 받을 시

③ 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

④ 제2항에서 '동일한 신체부위'라 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 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

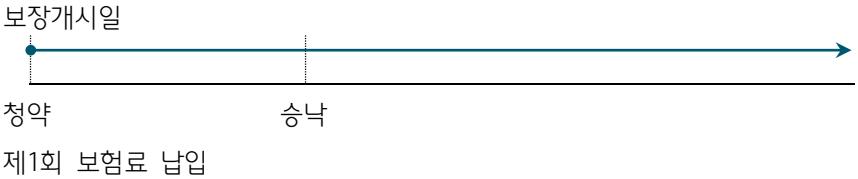
【보장개시일】

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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 보장계약별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

가. 1종 보장계약

급부명	지급사유	지급금액
1종 수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정한 1종 수술을 받았을 때 (계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 수술받을 시 50% 지급)	수술 1회당 보장계약의 보험가입금액의 100%

나. 2종 보장계약

급부명	지급사유	지급금액
2종 수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정한 2종 수술을 받았을 때 (계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 수술받을 시 50% 지급)	수술 1회당 보장계약의 보험가입금액의 100%

다. 3종 보장계약

급부명	지급사유	지급금액
3종 수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정한 3종 수술을 받았을 때 (계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 수술받을 시 50% 지급)	수술 1회당 보장계약의 보험가입금액의 100%

라. 4종 보장계약

급부명	지급사유	지급금액
4종 수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정한 4종 수술을 받았을 때 (계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 수술받을 시 50% 지급)	수술 1회당 보장계약의 보험가입금액의 100%

마. 5종 보장계약

급부명	지급사유	지급금액
5종 수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정한 5종 수술을 받았을 때 (계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 수술받을 시 50% 지급)	수술 1회당 보장계약의 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 1~5종 수술분류표

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [다만, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨, 코뼈)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨, 위턱뼈)·하악골(下顎骨, 아래턱뼈)·악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨, 코뼈) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨, 위턱뼈), 하악골(下顎骨, 아래턱뼈), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨, 빗장뼈), 견갑골(肩胛骨, 어깨뼈), 늑골(肋骨, 갈비뼈), 흉골(胸骨, 복장뼈) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨, 팔다리뼈), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨, 팔다리뼈),	2

구분	수술명	수술종류
	사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	14. 근(筋), 건(腱, 힘줄), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者, 받는이)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자(받는이)에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선(귀밑샘) 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술[수용자(받는이)에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술[개복술을 수반해야 하며 수용자(받는이)에 한함]	5

구분	수술명	수술종류
	(다만, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염(맹장염)관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 다만, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛, 항문탈출증), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1
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]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자(받는이)에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (다만, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4

구분	수술명	수술종류
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	76. 안와내양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2

구분	수술명	수술종류
	81. 중이(中耳, 가운데귀) 관혈수술 [중이(가운데귀) 내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳, 속귀) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 **[검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]**	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
상기 이외의 수술 **[검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]**	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

(주) 상기 1~87항의 수술중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous)수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물(암) 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物, 암) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 다만, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물(암) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물(암)수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

(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 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물(암) 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
   - 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
   - 다만, 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

Ⅲ. 악성신생물(암) 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물(암) 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물(암) 근치 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

(주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 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 <1~5종 수술분류표>에 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것【보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다】을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조치 및 신경 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 악성신생물(암) 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물(암)의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. <1~5종 수술분류표>상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<1~5종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) <1~5종 수술분류표>상의 수술이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <1~5종 수술분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 최신 수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
2) 다만, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 88항 (악성신생물(암)의 경우는 '악성신생물(암) 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서

동시에 악성신생물(암)의 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 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]

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
보장계약별 수술비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

02. (무)3대기관양성신생물 및 융종수술특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-22

제 1 관 용어의 정의 VI-22

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-22

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-22

제 2-1 조의 3【'3 대기관 양성신생물 및 융종'의 정의】..... VI-22

제 2-1 조의 4【'수술'의 정의와 장소】..... VI-22

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-23

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-23

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-23

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-24

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-24

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-24

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-24

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-24

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-25

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-25

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-26

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-26

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-26

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-26

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-27

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅵ-27
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-27

제 5 관 기타사항 Ⅵ-28

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-28

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-29
별표 2-2 위, 십이지장, 대장의 양성신생물 및 융종 분류표 Ⅵ-30
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-31

02. (무)3대기관양성신생물 및 용종수술특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'3대기관 양성신생물 및 용종'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '3대기관 양성신생물 및 용종'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 위, 십이지장, 대장의 양성신생물 및 용종 분류표('별표2-2 위, 십이지장, 대장의 양성신생물 및 용종 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '3대기관 양성신생물 및 용종'의 진단확정은 의료기관의 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의4【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊)목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢),복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등)은 제외합니다.

【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것

【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자(穿刺)】
바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
【신의료기술평가위원회】
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다. **<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>**

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '3대기관 양성신생물 및 용종'으로 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 3대기관 양성신생물 및 용종수술비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. (다만, 보험연도 기준 연 1회의 수술에 한하여 보장하며, 계약일로부터 1년미만 수술시 해당 보험금의 50%를 지급합니다.)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 '보험연도'란 당해연도 연계약해당일부터 차년도 연계약해당일 전일까지 매 1년단위의 연도를 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【'보험연도' 예시】
계약일이 2024년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년이 됩니다.

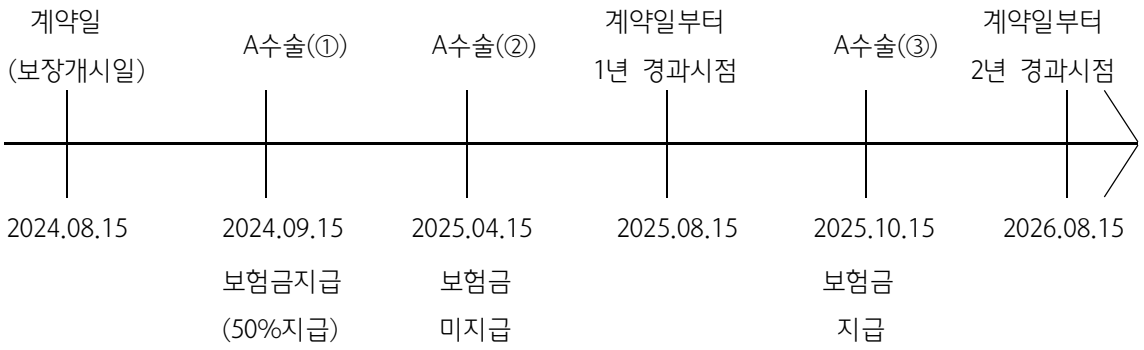
【해당연도에 계약해당일이 없는 경우 예시】

최초계약일이 2024년 2월 29일인 경우, 2025년의 계약해당일은 2025년 2월 28일로 함

⇒ 2025년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 계약해당일로 함

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 3대기관 양성신생물 및 용종 수술비를 보험연도 기준 연 1회 보장하므로 이미 해당 수술비를 지급한 보험연도 중에 다른 3대기관 양성신생물 및 용종 수술을 받게 되더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

【예시】



※ 설명(A=3대기관 양성신생물 및 용종)

①과 ③: 3대기관 양성신생물 및 용종 수술에 해당하는 보험금 지급(해당 보험연도 첫 번째 수술)

②: 보험금 미지급(3대기관 양성신생물 및 용종 수술에 해당하지만 연 지급횟수(1회) 초과됨)

⑤ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

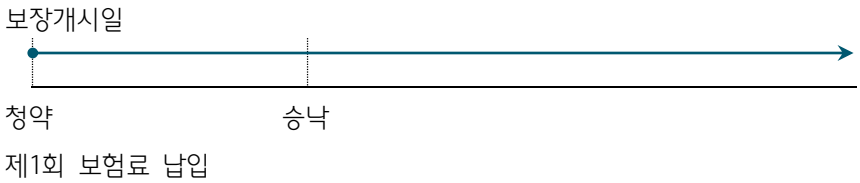
【보장개시일】

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.

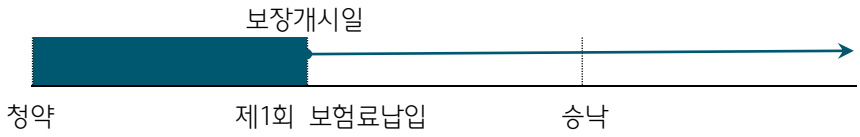
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
3대기관양성신생물 및 용종수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '3대기관 양성신생물 및 용종'으로 수술을 받았을 때(계약일로부터 1년미만 수술시 50%지급, 보험연도 기준 연 1회의 수술에 한함)	수술 1회당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '3대기관 양성신생물 및 용종수술비'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 위, 십이지장, 대장의 양성신생물 및 용종 분류표

약관에 규정하는 '3대기관 양성신생물 및 용종'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '3대기관 양성신생물 및 용종'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
위의 양성신생물	D13.1
십이지장의 양성신생물	D13.2
위 및 십이지장의 용종	K31.7
맹장의 양성신생물	D12.0
충수의 양성신생물	D12.1
상행결장의 양성신생물	D12.2
횡행결장의 양성신생물	D12.3
하행결장의 양성신생물	D12.4
구분결장의 양성신생물	D12.5
상세불명의 결장의 양성신생물	D12.6
직장구불결장접합부의 양성신생물	D12.7
직장의 양성신생물	D12.8
직장용종	K62.1
결장의 용종	K63.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '3대기관 양성신생물 및 용종'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
3대기관 양성신생물 및 용종수술비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

03. (무)5대장기이식수술특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-34

제 1 관 용어의 정의 VI-34

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-34

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-34

제 2-1 조의 3【'5 대장기이식수술'의 정의】..... VI-34

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-34

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-34

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-35

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-35

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-35

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-35

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-36

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-36

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-36

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-36

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-37

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-37

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-37

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-37

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-38

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... VI-38

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-38

제 5 관 기타사항 Ⅵ-39

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-39

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-40

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-41

03. (무)5대장기이식수술특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'5대장기이식수술'의 정의】

이 특약에서 '5대장기이식수술'이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 「장기등 이식에 관한 법률」 등 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 회사에서 인정한 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장(이하 '5대장기'라 합니다)에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전 상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행하는 경우에 대한 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 장기수혜자로서 '5대장기이식수술'을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 5대장기이식수술비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. (다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년미만 수술시 해당 보험금의 50%를 지급합니다.)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 5대장기이식수술에서 랑게르한스 소포 세포(췌장에서 인슐린을 분비하는 세포)이식수술은 췌장이식이 아니므로 보장하지 않습니다.

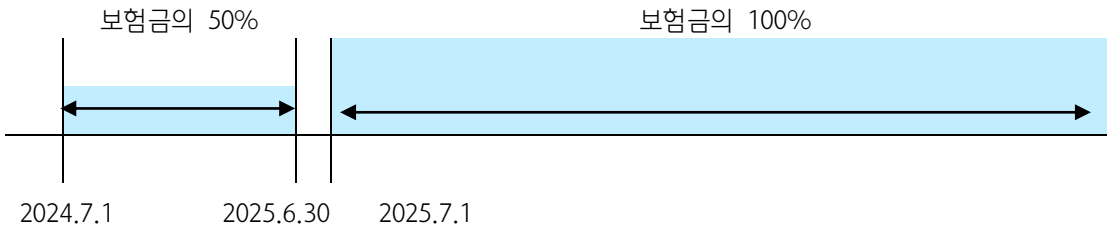
③ 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

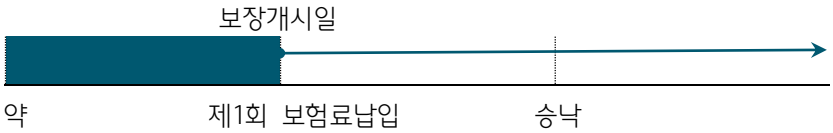
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
5대장기이식 수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '5대장기이식수술'을 받았을 때(계약일부터 1년미만 수술시 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '5대장기이식수술비'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
5대장기이식 수술비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

04. (무)6대질병장해(50%이상)보장특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅵ-44

제 1 관 용어의 정의 Ⅵ-44

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅵ-44

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅵ-44

제 2-1 조의 3【'6 대질병'의 정의 및 진단확정】..... Ⅵ-44

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅵ-44

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅵ-44

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅵ-44

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅵ-46

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅵ-46

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅵ-46

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅵ-46

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅵ-46

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅵ-47

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅵ-47

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅵ-47

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅵ-47

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅵ-47

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅵ-48

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅵ-48

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅵ-48

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-48

제 5 관 기타사항 Ⅵ-49

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-49

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-50
별표 2-2 6 대질병 분류표..... Ⅵ-51
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... Ⅵ-54

04. (무)6대질병장해(50%이상)보장특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'6대질병'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '6대질병'이라 함은 한국표준질병.사인분류 중 6대질병 분류표('별표2-2 6대질병 분류표 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② '6대질병'의 진단확정은 의료기관의 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중, 보장개시일 이후에 '6대질병'을 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 6대질병장해(50%이상)급여금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회 한함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의

보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항 및 제6항에 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 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

【설명】

"하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우"라 함은 하나의 장해가 다른 장해의 당연한 결과로 수반되며, 장해가 발생한 신체부위 및 기능에 있어서도 밀접한 연관이 있어 사회통념상 굳이 별개의 장해로 취급할 필요성이 인정되지 않는 경우를 말합니다.

⑥ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑦ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 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 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 이 특약에서 '동일한 재해'라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 다른 질병으로 인하여 장해가 2회이상 발생하였을 경우 그때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조 (보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 장해진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
6대질병장해(50%이상)급여금(제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일이후에 '6대질병'을 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때(최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 6대질병 분류표

약관에 규정하는 '6대질병'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 6대질병 해당 여부를 판단합니다.

기준	분류항목	분류번호
암	1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 ~ C14
	2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 ~ C26
	3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물(암)	C30 ~ C39
	4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 ~ C41
	5. 피부의 악성 흑색종	C43
	6. 기타피부의 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
	17. 림프, 조혈 및 관련 조직의 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) 혈소판혈증	D47.3
	23. 골수섬유증	D47.4
	24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
제자리암	1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
	2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
	3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02

기준	분류항목	분류번호
	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
경계성 종양	1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
	2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
	3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
	4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
	5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
	6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
	7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
	8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
	9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3,D47.4, D47.5 제외)
	10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48
뇌혈관 질환	1. 거미막하출혈	I60
	2. 뇌내출혈	I61
	3. 기타 비외상성 두개내출혈	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
허혈성 심장질환	1. 협심증	I20
	2. 급성심근경색증	I21
	3. 후속심근경색증	I22
	4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	5. 기타 급성 허혈심장질환	I24

기준	분류항목	분류번호
	6. 만성 허혈심장병	I25
간질환	1. 알코올성 간질환	K70
	2. 독성간질환	K71
	3. 달리 분류되지 않은 간부전	K72
	4. 달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
	5. 간의 섬유증 및 경변증	K74
	6. 기타 염증성 간질환	K75
	7. 간의 기타 질환	K76
	8. 달리 분류된 질환에서의 간장애	K77
폐질환	1. 거대세포바이러스폐렴	B25.0
	2. 홍역에서의 폐렴	B05.2
	3. 수두에서의 폐렴	B01.2
	4. 폐 톡소포자충증	B58.3
	5. 류마티스 폐질환	M05.1
	6. 인플루엔자 및 폐렴	J09~J18
	7. 기타 급성 하기도감염	J20~J22
	8. 만성 하부호흡기질환	J40~J47
	9. 외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
	10. 주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기질환	J80~J84
	11. 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	12. 흉막의 기타 질환	J90~J94
	13. 호흡계통의 기타 질환	J95~J99
신장질환	신부전	N17~N19

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 6대질병 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
6대질병장해(50%이상)급여금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

05. (무)간경변증 진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-57

제 1 관 용어의 정의 V-57

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-57

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-57

제 2-1 조의 3【'간경변증'의 정의 및 진단확정】..... V-57

제 2 관 보험금의 지급 등 V-57

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-57

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-58

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-58

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-58

제 2-6 조【사고증명서】..... V-58

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-59

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-59

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-59

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-59

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-60

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-60

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-60

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-60

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-61

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-61

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-61

제 5 관 기타사항 Ⅴ-62

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-62

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-63

별표 2-2 간경변증 분류표 Ⅴ-64

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅴ-65

05. (무)간경변증 진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'간경변증'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '간경변증'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 간경변증 분류표('별표2-2 간경변증 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '간경변증'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '간경변증'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 간경변증 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년미만 진단 확정시 해당 진단자금의 50%를 지급합니다.)

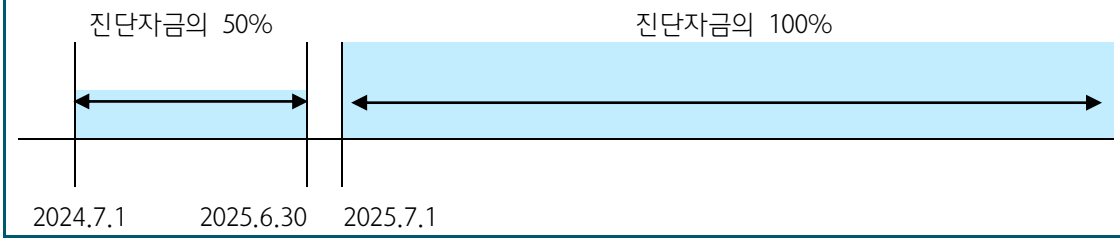
제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유) 에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일
계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일
계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 '간경변증'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 간경변증 진단자금을 지급합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

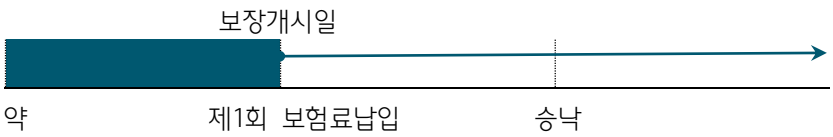
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
간경변증 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '간경변증'으로 진단이 확정되었을 때 (계약일부터 1년미만 진단확정시 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '간경변증 진단자금'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 간경변증 분류표

약관에서 규정하는 '간경변증'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 간경변증 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
알코올성 간섬유증 및 간의 경화증	K70.2
알코올성 간경변증	K70.3
간의 섬유증 및 경변증을 동반한 독성간질환	K71.7
간의 섬유증 및 경변증	K74
간의 만성 수동울혈	K76.1

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 간경변증 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
간경변증 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

06. (무)갑상선기능항진증치료특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-68

제 1 관 용어의 정의 VI-68

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-68

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-68

제 2-1 조의 3【'갑상선기능항진증'의 정의 및 진단확정】..... VI-68

제 2-1 조의 4【'갑상선기능항진증치료'의 정의】..... VI-68

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-69

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-69

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-69

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-69

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-69

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-70

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-70

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-70

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-70

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-70

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-71

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-71

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-71

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-71

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-72

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅵ-72
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-72

제 5 관 기타사항 Ⅵ-73

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-73

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-74
별표 2-2 갑상선기능항진증 분류표 Ⅵ-75
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-76

06. (무)갑상선기능항진증치료특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'갑상선기능항진증'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '갑상선기능항진증'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 갑상선기능항진증 분류표('별표2-2 갑상선기능항진증 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '갑상선기능항진증'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다. 또한, 회사가 '갑상선기능항진증'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2-1조의4【'갑상선기능항진증치료'의 정의】

① 이 특약에 '갑상선기능항진증치료'라 함은 '갑상선기능항진증'의 직접적인 치료를 목적으로 다음 중 한 가지에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. 갑상선절제술을 받은 경우
2. 방사성요오드치료를 받은 경우
3. 60일이상 항갑상선제를 처방받은 경우

② 제1항 제1호의 '갑상선절제술'이라 함은 갑상선엽 전체 혹은 일부를 절제하는 '갑상선엽 전절제술(Total Thyroidectomy)' 및 '갑상선엽 아전절제술(Subotal Thyroidectomy)'을 말합니다.

③ 제1항 제2호의 '방사성요오드치료'라 함은 주성분이 요오드화 나트륨에 해당하는 치료제를 투여받는 경우를 말합니다.

④ 제1항 제3호의 '항갑상선제'라 함은 주성분이 메티마졸(methimazole), 프로필티오우라실(propylthiouracil), 카르비마졸(carbimazole)에 해당하는 치료제를 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선기능항진증의 직접적인 치료를 목적으로 '갑상선기능항진증치료'를 받았을 때에는 보험수익자에게 약정한 갑상선기능항진증치료비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

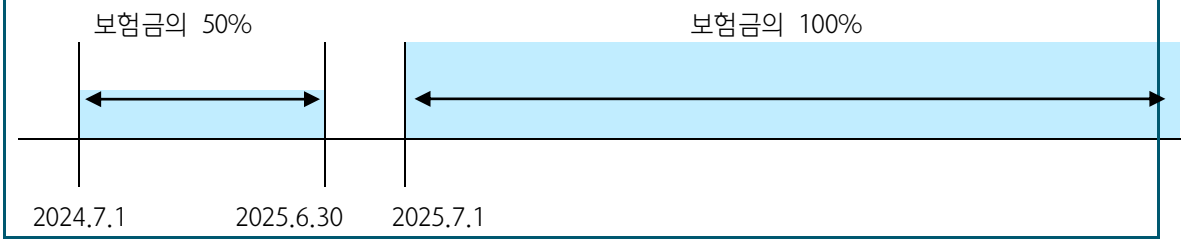
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유) 에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술확인서, 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

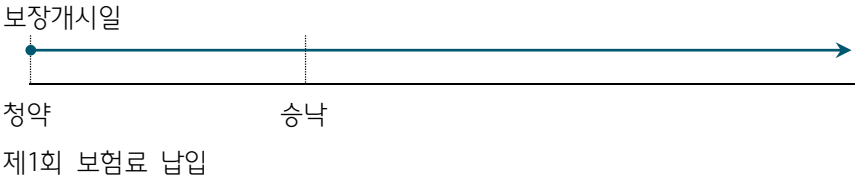
【보장개시일】

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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
갑상선기능항진증 치료비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선기능항진증의 직접적인 치료를 목적으로 갑상선기능항진증치료를 받았을 때 (계약일부터 1년미만 보험금 지급사유 발생시 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '갑상선기능항진증치료비'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 갑상선기능항진증 분류표

약관에서 규정하는 '갑상선기능항진증'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 갑상선기능항진증 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 갑상선기능항진증 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
갑상선기능항진증치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

07. (무)깁스치료특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-79

제 1 관 용어의 정의 VI-79

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-79

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-79

제 2-1 조의 3【'깁스(Cast)치료'의 정의】..... VI-79

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-79

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-79

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-80

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-80

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-80

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-80

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-80

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-80

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-81

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-81

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-82

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-82

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-82

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-82

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-82

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... VI-82

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-83

제 5 관 기타사항 Ⅵ-84

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-84

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-85

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-86

07. (무)깁스치료특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'깁스(Cast)치료'의 정의】

① 이 특약에 있어서 '깁스(Cast)치료'라 함은 의료기관의 의사가 재해 또는 재해 이외의 원인의 직접적인치료를 목적으로 깁스(Cast)치료가 필요하다고 인정한 경우로, 석고붕대 또는 섬유유리 붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜 (Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 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 한측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 인하여 '깁스(Cast)치료'를 받았을 때 보험수익자에게 약정한 깁스치료비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 인하여 깁스(Cast)치료를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스(Cast)치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

③ 특약에서 '동일한 재해'의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보장대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 깁스(Cast)치료증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

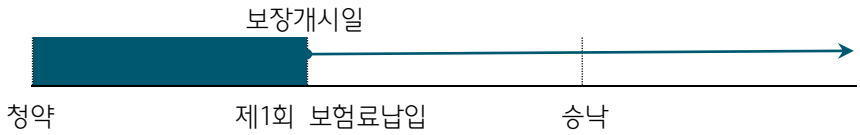
【보장개시일】
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
깁스치료비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 인하여 '깁스(Cast)치료'를 받았을 때	깁스치료 1회당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
김스치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

08. (무)대상포진 진단특약II(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-89

제 1 관 용어의 정의 V-89

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-89

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-89

제 2-1 조의 3【'대상포진'의 정의 및 진단확정】..... V-89

제 2 관 보험금의 지급 등 V-89

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-89

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-90

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-90

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-90

제 2-6 조【사고증명서】..... V-90

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-91

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-91

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-92

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-92

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-92

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-92

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-92

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-93

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-93

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-93

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-93

제 5 관 기타사항 Ⅴ-94

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-94

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-95

별표 2-2 대상포진 분류표 Ⅴ-96

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅴ-97

08. (무)대상포진 진단특약II(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **대상포진 보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'대상포진'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대상포진'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상포진 분류표('별표2-2 대상포진 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '대상포진'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대상포진 보장개시일 이후에 '대상포진'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 대상포진 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년미만 진단 확정시 해당 진단자금의 50%를 지급합니다.)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 대상포진 보장개시일 이후 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유) 에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

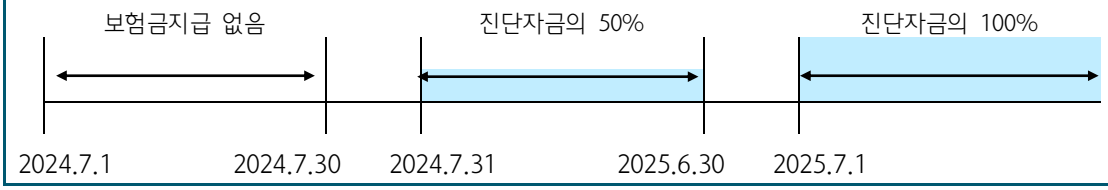
【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

대상포진 보장개시일: 2024년 7월 31일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대상포진 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '대상포진'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 대상포진 진단자금을 지급합니다. 다만, 대상포진 보장개시일의 전일 이전에 대상포진으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(‘대상포진’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘대상포진’에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 30일이 되는 날의 다음날로 하며 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장합니다.

【보장개시일, 대상포진 보장개시일 예시】

보장개시일과 대상포진 보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일
(예시) 대상포진 보장개시일(최초계약기준)
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
대상포진 보장개시일 : 2024년 10월 31일(2024년 10월 1일 + 30일 = 2024년 10월 31일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 대상포진 보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3('대상포진' 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '대상포진'으로 진단확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
대상포진 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대상포진 보장개시일 이후에 '대상포진'으로 진단이 확정되었을 때 (계약일부터 1년미만 진단확정시 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '대상포진 진단자금'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 대상포진 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 30일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상포진 분류표

약관에서 규정하는 '대상포진'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상포진 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
대상포진	B02

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 대상포진 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
대상포진 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

09. (무)대상포진눈병 진단특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 100

제 1 관 용어의 정의 V-100

제 2-1 조【용어의 정의】 V-100

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】 V-100

제 2-1 조의 3【'대상포진눈병'의 정의 및 진단확정】 V-100

제 2 관 보험금의 지급 등 V-100

제 2-2 조【보험금의 지급사유】 V-100

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 V-101

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】 V-101

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】 V-101

제 2-6 조【사고증명서】 V-101

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-102

제 2-7 조【특약의 보장개시】 V-102

제 2-8 조【피보험자의 범위】 V-103

제 2-9 조【보험수익자의 지정】 V-103

제 2-10 조【특약의 갱신】 V-103

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】 V-103

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】 V-104

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】 V-104

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-104
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-104
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-104

제 5 관 기타사항 Ⅴ-105
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-105

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-106
별표 2-2 대상포진눈병 분류표 Ⅴ-107
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅴ-108

09. (무)대상포진눈병 진단특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. 보험료 납입기간 : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **대상포진눈병 보장개시일**: 제2-7조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'대상포진눈병'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대상포진눈병'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상포진눈병 분류표('별표2-2 대상포진눈병 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '대상포진눈병'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대상포진눈병 보장개시일 이후에 '대상포진눈병'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 대상포진눈병 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년미만 진단 확정시 해당 진단자금의 50%를 지급합니다.)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자에게 대상포진눈병 보장개시일 이후 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유) 에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

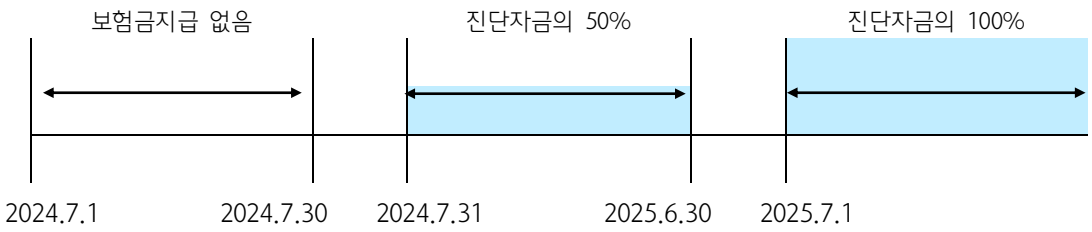
【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

대상포진눈병 보장개시일: 2024년 7월 31일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대상포진눈병 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 '대상포진눈병'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 대상포진눈병 진단자금을 지급합니다. 다만, 대상포진눈병 보장개시일의 전일 이전에 대상포진눈병으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3('대상포진눈병'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '대상포진눈병'에 대한 보장개시일은 계약일(특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 30일이 되는 날의 다음날로 하며 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장합니다.

【보장개시일, 대상포진눈병 보장개시일 예시】

보장개시일과 대상포진눈병 보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일

2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

계약일 : 2024년 10월 1일, 보장개시일 : 2024년 10월 1일

(예시) 대상포진눈병 보장개시일(최초계약기준)
2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우
계약일 : 2024년 10월 1일
대상포진눈병 보장개시일 : 2024년 10월 31일(2024년 10월 1일 + 30일 = 2024년 10월 31일)

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 대상포진눈병 보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3(‘대상포진눈병’ 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘대상포진눈병’으로 진단확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
대상포진눈병 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대상포진눈병 보장개시일 이후에 '대상포진눈병'으로 진단이 확정되었을 때 (계약일부터 1년미만 진단확정시 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '대상포진눈병 진단자금'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 대상포진눈병 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 30일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 대상포진눈병 분류표

약관에서 규정하는 '대상포진눈병'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상포진눈병 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
대상포진눈병	B02.3

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 대상포진눈병 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
대상포진눈병 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

10. (무)상급종합병원질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-111

제 1 관 용어의 정의 VI-111

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-111

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-111

제 2-1 조의 3【'수술'의 정의와 장소】..... VI-111

제 2-1 조의 4【'상급종합병원'의 정의】..... VI-112

제 2-1 조의 5【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... VI-112

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-113

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-113

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-113

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-115

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-115

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-115

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-115

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-115

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-116

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-116

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-117

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-117

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-117

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-117

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅵ-117

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅵ-117

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-118

제 5 관 기타사항 Ⅵ-119

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-119

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-120

별표 2-2 질병분류표Ⅱ(백내장 및 대장용종 제외) Ⅵ-121

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-123

10. (무)상급종합병원질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약(간편심사형) 약관 (해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'은 의료기관의 의사에 의하여 질병분류표Ⅱ(백내장 및 대장용종 제외)('별표2-2 질병분류표Ⅱ(백내장 및 대장용종 제외)' 참조)에서 정하는 질병(이하 '질병(백내장 및 대장용종 제외)'이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로 제2항의 수술에 해당하는 행위를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[레이저(Laser)에 의한 안구(眼球)수술 또는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]은 제외합니다.

【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자(穿刺)】

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2-1조의4【'상급종합병원'의 정의】

이 특약에 있어서 '상급종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 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 것
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 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의5【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의4('상급종합병원'의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 '상급종합병원' 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 '상급종합병원' 제도의 변경으로 제2-1조의4('상급종합병원'의 정의)의 '상급종합병원' 지정이 불가능한 경우

【예시】

상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【계약자적립액】

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

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병(백내장 및 대장용종 제외)으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 상급종합병원에서 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 상급종합병원질병수술비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다만 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 해당보험금의 50%를 지급합니다. (동일한 질병의 수술은 연 1회를 한도로 함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

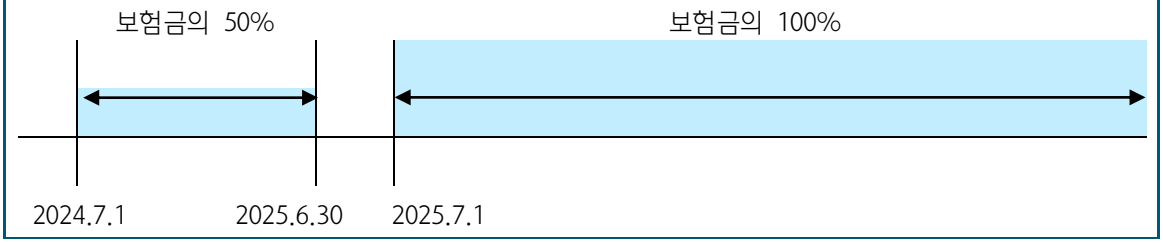
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

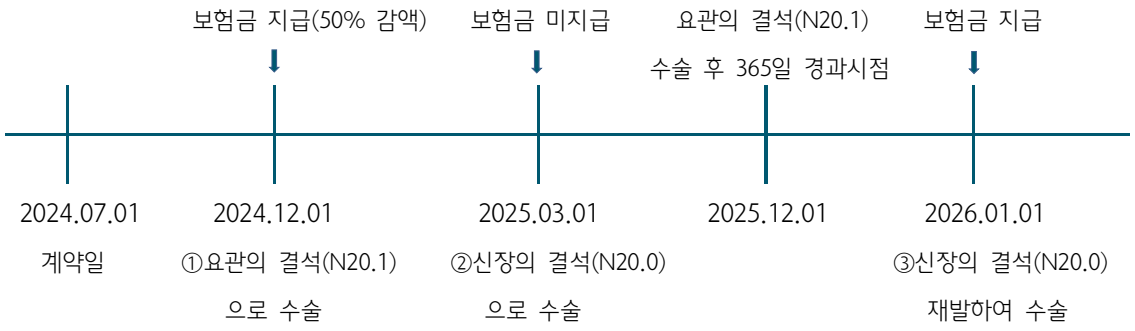
계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 경우 상급종합병원에서 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 상급종합병원질병수술비만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

【보험금 지급 예시】



① 2024.12.01: 요관의 결석(N20.1)으로 수술 후 보험금 지급

⇒ 계약일부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 50% 감액 지급

② 2025.03.01: 보험금 미지급

⇒ 신장의 결석(N20.0)으로 받은 수술은 ① 요관의 결석(N20.1)으로 수술 후 365일 경과 이전 동일한 질병(N20(신장 및 요관의 결석))으로 인한 수술에 해당하여 보험금 미지급

③ 2026.01.01: 신장의 결석(N20.0) 재발하여 수술 후 보험금 지급

⇒ ① 요관의 결석(N20.1)으로 수술 후 365일이 경과한 후 동일한 질병(N20)으로 수술하여 다른 질병으로 간주하고 보험금 지급

※ 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

【한국표준질병·사인분류】

국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준 통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류 ICD㈜를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

㈜ 국제질병분류(International Classification of Disease) : 세계각국간의 사망 및 질병통계에 사용되는 분류

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 상급종합병원에서 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회의 상급종합병원질병수술비만 지급합니다. 다만, 상급종합병원에서 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 2회 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 상급종합병원질병수술비를 지급합니다.

⑤ 제4항에서 '동일한 신체부위'라 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 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

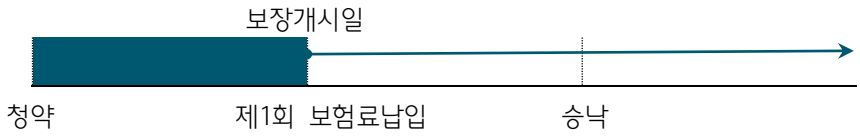
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속

입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 보장계약별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
상급종합병원 질병수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병(백내장 및 대장용종 제외)으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 상급종합병원에서 수술을 받았을 경우(계약일부터 1년미만 지급사유 발생시 50% 지급)	특약 보험가입금액의 100% (동일한 질병의 수술은 연 1회를 한도로 함)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.
2. 상급종합병원에서 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 상급종합병원질병수술비만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

별표2-2 질병분류표 II(백내장 및 대장용종 제외)

1. 보장대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00 ~ R99, U00 ~ U99)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병

② 선천 기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)으로 인한 질병

③ 비만(E66)

④ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑤ 항문 및 직장 관련 질환, 치핵 및 항문주위정맥혈전증(K60~K62, K64)

⑥ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

⑦ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인한 경우

⑧ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

⑨ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑩ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우

⑪ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

⑫ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 티눈, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

⑬ 아래의 '백내장 및 대장용종'에 해당하는 경우

구분		대상이 되는 질병	분류번호
백내장 및 대장용종	백내장	노년백내장	H25
		기타 백내장	H26
		수정체의 기타 장애	H27
	대장용종	맹장의 양성 신생물	D12.0
		충수의 양성 신생물	D12.1
		상행결장의 양성 신생물	D12.2
		횡행결장의 양성 신생물	D12.3
		하행결장의 양성 신생물	D12.4
		구불결장의 양성 신생물	D12.5

구분	대상이 되는 질병	분류번호
	상세불명의 결장의 양성 신생물	D12.6
	직장구불결장접합부의 양성 신생물	D12.7
	직장의 양성 신생물	D12.8
	직장용종	K62.1
	결장의 용종	K63.5

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병. 사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류코드이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
상급종합병원 질병수술비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

11. (무)응급실내원특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅵ-126

제 1 관 용어의 정의 Ⅵ-126

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅵ-126

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅵ-126

제 2-1 조의 3【'응급실'의 정의와 장소】..... Ⅵ-126

제 2-1 조의 4【'응급환자'의 정의】..... Ⅵ-127

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅵ-127

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅵ-127

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅵ-127

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... Ⅵ-127

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... Ⅵ-127

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅵ-127

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅵ-128

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅵ-128

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅵ-128

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅵ-128

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅵ-129

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... Ⅵ-129

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... Ⅵ-129

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅵ-129

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅵ-130

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅵ-130
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-130

제 5 관 기타사항 Ⅵ-131

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-131

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-132
별표 2-2 응급실 내원 진료비 대상자의 정의 Ⅵ-133
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-135

11. (무)응급실내원특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'응급실'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '응급실'이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 「응급의료에 관한 법률」 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.

【「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관을 말한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【「응급의료에 관한 법률」 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)】

① 이 법에서 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2-1조의4【‘응급환자’의 정의】

이 특약에 있어서 ‘응급환자’라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)에서 정하는 자(‘별표2-2 응급실 내원 진료비 대상자의 정의’ 참조)로 ‘응급증상 및 이에 준하는 증상’ 또는 ‘응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상’이 있는 자를 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘응급환자’로 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때, 보험수익자에게 약정한 응급실내원진료비(내원 1회당)(‘별표2-1 보험금 지급기준표’ 참조)를 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 ‘보험료의 납입을 면제하는 특약’(이하 ‘납입면제특약’이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 ‘납입면제 대상계약’에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 자는 ‘응급실 내원 진료비 대상자’에 해당하지 않습니다.

③ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 응급실에 내원하여 진료를 받았으나, ‘응급환자’에 해당되지 않은 경우에는 응급실내원진료비를 지급하지 않습니다.

④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 응급실기록지 사본, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

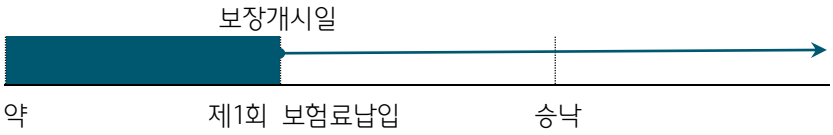
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
응급실내원 진료비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '응급환자'로 응급실에 내원하여 진료를 받게 되었을 때	내원 1회당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 응급실 내원 진료비 대상자의 정의

"「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)"

「응급의료에 관한 법률」 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제1호]

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.

※ 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·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)

라. 외과적 응급증상: 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 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, 그밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애

라. 출혈: 혈관손상

마. 소아과적 응급증상: 소아경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료 서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타는 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

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
응급실내원 진료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

12. (무)입원간병인사용(요양병원)특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-138

제 1 관 용어의 정의 V-138

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-138

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-138

제 2-1 조의 3【'입원'의 정의와 장소】..... V-138

제 2-1 조의 4【'간병인'의 정의】..... V-138

제 2-1 조의 5【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】..... V-139

제 2 관 보험금의 지급 등 V-139

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-140

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-140

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-141

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-141

제 2-6 조【사고증명서】..... V-141

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-142

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-142

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-142

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-142

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-143

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-143

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-143

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-143

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-144
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-144
제 2-15 조【해약환급금】..... V-144

제 5 관 기타사항 V-145
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... V-145

별표 2-1 보험금 지급기준표 V-146
별표 2-2 질병 및 재해 분류표(치매포함) V-147
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 V-148

12. (무)입원간병인사용(요양병원)특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **질병 또는 재해** : 별표2-2 '질병 및 재해 분류표(치매포함)'에서 정하는 질병 및 재해를 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'입원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 피보험자가 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 '요양병원'(의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목 및 동법 제3조의 2(병원등)에서 규정한 국내의 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원(이하 '요양병원'이라 합니다))에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의4【'간병인'의 정의】

① 이 특약에서 '간병인'이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자를 등록한 자 또는 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 것이 확인된 자에 한합니다. 다만, 사업자는 간병인 제공 서비스를 영위하여야 합니다.

② 제1항의 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제4항에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대높낮이 조절, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인 간병 및 유사서비스업', '개인간병인' 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

④ 제2항의 '간호·간병통합서비스'라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)[약관 내 인용조문 참조]에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

제2-1조의5【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 간병인의 정의 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
3. 법령의 개정에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 특약의 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 특약의 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속하여 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 보험수익자에게 입원간병인사용급여금(요양병원)(별표2-1 보험금 지급기준표 참조)을 지급합니다. 다만, 계약일부터 1년미만 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%를 지급합니다.(간병인 사용일수 1일당, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며 제4항에서 제7항에 해당하는 경우에도 포함합니다.

③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 사용일수는 1일을 기준으로 하며, 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 사용일수 1일로 계산합니다. 8시간 미만으로 간병인을 사용한 경우 간병인을 사용하지 않은 것으로 하여 보험금은 지급하지 않습니다.

【간병인 사용일수 계산】

○ 요양병원에 입원한 기간 : 5월 20일 오전 9시 ~ 5월 26일 오후 10시

○ 요양병원에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간 : 5월 21일 오후 8시 ~ 5월 25일 오전 10시

5월 21일 간병인 사용시간 : 4시간 → 사용일수 미인정

5월 22일 간병인 사용시간 : 24시간 → 사용일수 인정

5월 23일 간병인 사용시간 : 24시간 → 사용일수 인정

5월 24일 간병인 사용시간 : 24시간 → 사용일수 인정

5월 25일 간병인 사용시간 : 10시간 → 사용일수 인정

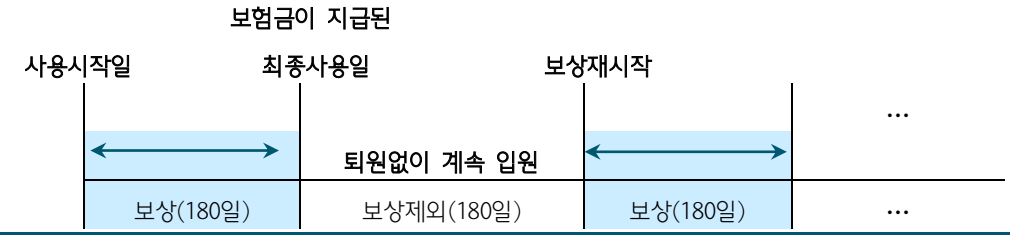
→ 간병인 사용일수 : 4일

④ 입원간병인사용급여금(요양병원)의 경우 1회 입원당 사용일수는 180일을 최고 한도로 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 사용일수를 더하여 제4항을 적용합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해로 인한 입원이라도 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지난 후의 간병인 사용은 새로운 입원에 대한 간병인 사용으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우 해당 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지난 후의 간병인 사용은 새로운 입원에 대한 간병인 사용으로 봅니다.

【보상기간 예시】



⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제4항 및 제5항에 따라 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 제2-2조(보험금의 지급사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원간병인사용급여금(요양병원)을 지급합니다.

⑩ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)[약관 내 인용조문 참조]에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받은 때에는 입원간병인사용급여금(요양병원)을 지급하지 않습니다.

⑪ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 입원증명서, 장해진단서, 기타 간병인 사용 확인서 등"을 말합니다.

② 간병인을 사용한 경우 제1항의 "기타 간병인 사용 확인서"를 추가로 제출해야하며 다음 각 호의 서류를 말합니다.

1. 입원간병인 사용확인서(회사양식)
2. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다.)
3. 간병인 필요사유 및 실제 사용여부를 확인할 수 있는 서류(계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.)
4. 사업자등록증

③ 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다. 다만, 기타 간병인 사용 확인서는 제2항 각 호에서 정한 내용을 따릅니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

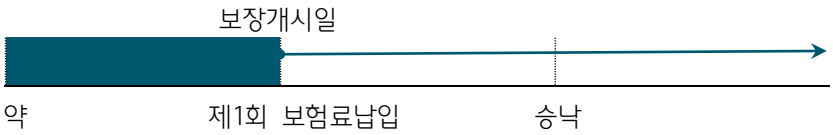
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
입원간병인사용 급여금 (요양병원) (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(계약일부터 1년미만 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 보험금 지급사유 발생시 50%지급)	사용일수 1일당 특약보험가입금액의 100% (1회 입원당 사용일수180 일 한도)

(주)

1. 제2-1조의4('간병인'의 정의)에 따라 간호·간병통합서비스는 간병인의 정의에서 제외되는 바, 입원간병인사용급여금(요양병원)을 지급하지 않습니다.
2. 입원간병인사용급여금(요양병원)의 사용일수는 1일을 기준으로 하며, 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 사용일수 1일로 계산합니다. 8시간 미만으로 간병인을 사용한 경우 간병인을 사용하지 않은 것으로 하여 보험금은 지급하지 않습니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 질병 및 재해 분류표(치매포함)

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

① 한국표준질병사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에 규정한 제1급 감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병(다만, F00-F03, F05.1은 제외)

② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인한 경우

④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

⑤ 정상임신, 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우

⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)의 분류번호이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 해당 질병 및 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 질병 및 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
입원간병인사용급여금 (요양병원) (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

13. (무)입원간병인사용(요양병원제외)특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-151

제 1 관 용어의 정의 V-151

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-151

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-151

제 2-1 조의 3【'입원'의 정의와 장소】..... V-151

제 2-1 조의 4【'간병인'의 정의】..... V-151

제 2-1 조의 5【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】..... V-152

제 2 관 보험금의 지급 등 V-152

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-153

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-153

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-154

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-154

제 2-6 조【사고증명서】..... V-154

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-155

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-155

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-155

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-155

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-156

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-156

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-156

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-156

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-157

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-157

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-157

제 5 관 기타사항 Ⅴ-158

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-158

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-159

별표 2-2 질병 및 재해 분류표(치매포함) Ⅴ-160

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅴ-161

13. (무)입원간병인사용(요양병원제외)특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **질병 또는 재해** : 별표2-2 '질병 및 재해 분류표(치매포함)'에서 정하는 질병 및 재해를 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'입원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 피보험자가 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관(다만, 「의료법」 제3조 제2항 제3호 [약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 국내의 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원(이하 '요양병원'이라 합니다)은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의4【'간병인'의 정의】

① 이 특약에서 '간병인'이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자를 등록한 자 또는 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 것이 확인된 자에 한합니다. 다만, 사업자는 간병인 제공 서비스를 영위하여야 합니다.

② 제1항의 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 의료기관(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제4항에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대높낮이 조절, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인 간병 및 유사서비스업', '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.

④ 제2항의 '간호·간병통합서비스'라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)[약관 내 인용조문 참조]에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

제2-1조의5【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 간병인의 정의 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
3. 법령의 개정에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 특약의 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 특약의 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 의료기관(요양병원 제외)에서 1일 이상 계속하여 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 보험수익자에게 입원간병인사용급여금(요양병원제외)(별표2-1 보험금 지급기준표 참조)을 지급합니다. 다만, 계약일부터 1년미만 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%를 지급합니다. (간병인 사용일수 1일당, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며 제4항에서 제7항에 해당하는 경우에도 포함합니다.

③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 사용일수는 1일을 기준으로 하며, 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 사용일수 1일로 계산합니다. 8시간 미만으로 간병인을 사용한 경우 간병인을 사용하지 않은 것으로 하여 보험금은 지급하지 않습니다.

【간병인 사용일수 계산】

○ 요양병원을 제외한 의료기관에 입원한 기간
: 5월 20일 오전 9시 ~ 5월 26일 오후 10시

○ 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간
: 5월 21일 오후 8시 ~ 5월 25일 오전 10시

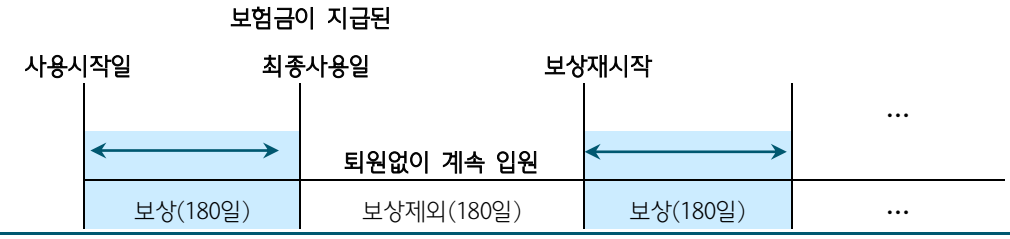
5월 21일 간병인 사용시간 : 4시간 → 사용일수 미인정
5월 22일 간병인 사용시간 : 24시간 → 사용일수 인정
5월 23일 간병인 사용시간 : 24시간 → 사용일수 인정
5월 24일 간병인 사용시간 : 24시간 → 사용일수 인정
5월 25일 간병인 사용시간 : 10시간 → 사용일수 인정
→ 간병인 사용일수 : 4일

④ 입원간병인사용급여금(요양병원제외)의 경우 1회 입원당 사용일수는 180일을 최고 한도로 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 사용일수를 더하여 제4항을 적용합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해로 인한 입원이라도 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지난 후의 간병인 사용은 새로운 입원에 대한 간병인 사용으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우 해당 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지난 후의 간병인 사용은 새로운 입원에 대한 간병인 사용으로 봅니다.

【보상기간 예시】



⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제4항 및 제5항에 따라 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 제2-2조(보험금의 지급사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원간병인사용급여금(요양병원제외)을 지급합니다.

⑩ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병 통합서비스 제공 등) [약관내 인용조문 참조]에서 정한 간호·간병 통합서비스를 제공받은 때에는 입원간병인 사용급여금(요양병원제외)을 지급하지 않습니다.

⑪ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 입원증명서, 장해진단서, 기타 간병인 사용 확인서 등"을 말합니다.

② 간병인을 사용한 경우 제1항의 "기타 간병인 사용 확인서"를 추가로 제출해야하며 다음 각 호의 서류를 말합니다.

1. 입원간병인 사용확인서(회사양식)
2. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다.)
3. 간병인 필요사유 및 실제 사용여부를 확인할 수 있는 서류(계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.)
4. 사업자등록증

③ 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다. 다만, 기타 간병인 사용 확인서는 제2항 각 호에서 정한 내용을 따릅니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

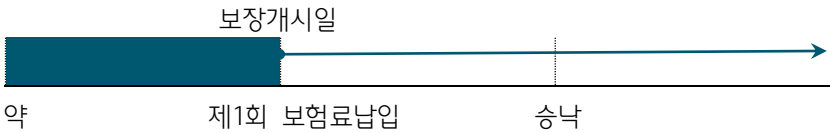
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
입원간병인사용 급여금 (요양병원제외) (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 의료기관(요양병원제외)에서 1일 이상 계속 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(계약일부터 1년미만 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 보험금 지급사유 발생시 50%지급)	사용일수 1일당 특약보험가입금액의 100% (1회 입원당 사용일수180 일 한도)

(주)

1. 제2-1조의4('간병인'의 정의)에 따라 간호·간병통합서비스는 간병인의 정의에서 제외되는 바, 입원간병인사용급여금(요양병원제외)을 지급하지 않습니다.
2. 입원간병인사용급여금(요양병원제외)의 사용일수는 1일을 기준으로 하며, 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 사용일수 1일로 계산합니다. 8시간 미만으로 간병인을 사용한 경우 간병인을 사용하지 않은 것으로 하여 보험금은 지급하지 않습니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 질병 및 재해 분류표(치매포함)

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

① 한국표준질병사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에 규정한 제1급 감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병(다만, F00-F03, F05.1은 제외)

② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인한 경우

④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

⑤ 정상임신, 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우

⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)의 분류번호이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 해당 질병 및 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 질병 및 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
입원간병인사용급여금 (요양병원제외) (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

14. (무)입원 간호·간병통합서비스사용(요양병원제외)특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-164

제 1 관 용어의 정의 V-164

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-164

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-164

제 2-1 조의 3【'입원'의 정의와 장소】..... V-164

제 2-1 조의 4【'간호·간병통합서비스'의 정의】..... V-164

제 2-1 조의 5【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】..... V-164

제 2 관 보험금의 지급 등 V-165

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-165

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-165

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-167

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-167

제 2-6 조【사고증명서】..... V-167

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-167

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-167

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-168

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-168

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-168

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-168

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-169

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-169

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 V-169

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... V-169

제 2-15 조【해약환급금】..... V-169

제 5 관 기타사항 V-170

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... V-170

별표 2-1 보험금 지급기준표 V-171

별표 2-2 질병 및 재해 분류표(치매 포함)..... V-172

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... V-173

14. (무)입원 간호·간병통합서비스사용(요양병원제외)특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **질병 또는 재해** : 별표2-2 '질병 및 재해 분류표(치매포함)'에서 정하는 질병 및 재해를 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

제2-1조의3【'입원'의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 피보험자가 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관(다만, 「의료법」 제3조 제2항 제3호 [약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 국내의 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원(이하 '요양병원'이라 합니다)은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의4【'간호·간병통합서비스'의 정의】
이 특약에 있어서 '간호·간병통합서비스'라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)[약관 내 인용조문 참조]에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

제2-1조의5【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】
① 간호·간병통합서비스의 정의가 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
3. 법령의 개정에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 특약의 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 특약의 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 의료기관(요양병원 제외)에서 1일 이상 계속하여 입원하며 간호·간병통합서비스를 이용한 경우 보험수익자에게 간호·간병통합서비스사용입원급여금(요양병원제외)(별표2-1 보험금 지급기준표 참조)을 지급합니다. 다만, 계약일부터 1년미만 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%를 지급합니다.(간호·간병통합서비스 사용일수 1일당, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며 제5항에서 제8항에 해당하는 경우에도 포함합니다.

③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 '사용일수'는 간호·간병통합서비스의 사용일수를 말합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)는 간호·간병 통합서비스를 실제 사용한 날을 합산하여 적용하며, 간호·간병 통합서비스를 사용하지 않은 날에 대해서는 간호·간병 통합서비스 사용 입원급여금(요양병원제외)을 지급하지 않습니다.

【간호·간병통합서비스 사용일수 계산】

- 요양병원을 제외한 의료기관에 입원한 기간
  : 2025년 5월 20일부터 2025년 10월 20일까지
- 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하며 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 기간
  : 2025년 7월 1일부터 2025년 7월 31일까지

→ 간호·간병통합서비스사용입원급여금(요양병원제외) 지급대상 사용일수: 31일

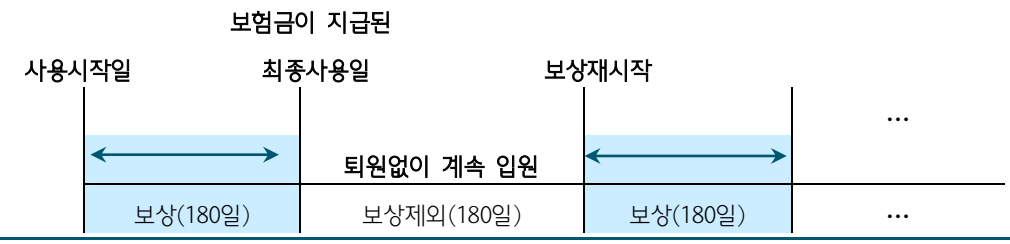
※ 상기 '실제 사용한 기간' 외의 입원기간에 대해서는 입원급여금을 지급하지 않습니다.

⑤ 간호·간병통합서비스사용입원급여금(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 사용일수를 더하여 제5항을 적용합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해로 인한 입원이라도 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지난 후의 간호·간병통합서비스 사용은 새로운 입원에 대한 간호·간병통합서비스 사용으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우 해당 보험금이 지급된 최종사용일부터 180 일이 지난 후의 간호·간병통합서비스 사용은 새로운 입원에 대한 간호·간병통합서비스 사용으로 봅니다.

【보상기간 예시】



⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제5항 및 제6항에 따라 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 제2-2조(보험금의 지급사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 간호·간병통합서비스사용입원급여금(요양병원제외)을 지급합니다.

⑪ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등) [약관 내 인용조문 참조]에서 정한 간호·간병 통합서비스를 제공받은 때에는 간호·간병 통합서비스 사용입원급여금(요양병원제외)을 지급하지 않습니다.

⑫ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 입원증명서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서 등을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.

③ 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다. 다만, 기타 간병인 사용 확인서는 제2항 각 호에서 정한 내용을 따릅니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

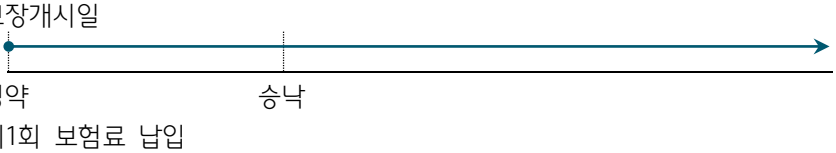
【보장개시일】

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.

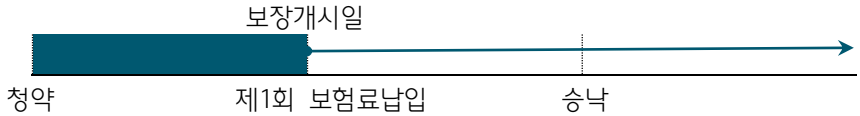
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
간호·간병통합서비스사용입원급여금 (요양병원제외) (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 의료기관(요양병원제외)에서 1일 이상 계속 입원하며 간호·간병통합서비스를 이용한 경우(계약일부터 1년미만 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 보험금 지급사유 발생시 50%지급)	사용일수 1일당 특약보험가입금액의 100% (1 회 입원당 사용일수180 일 한도)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 질병 및 재해 분류표(치매 포함)

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

① 한국표준질병사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에 규정한 제1급 감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병(다만, F00-F03, F05.1은 제외)

② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인한 경우

④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

⑤ 정상임신, 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우

⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)의 분류번호이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 해당 질병 및 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 질병 및 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
간호·간병통합서비스사용입원급여금 (요양병원제외) (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

15. (무)재해골절치료특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-176

제 1 관 용어의 정의 VI-176

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-176

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-176

제 2-1 조의 3【'재해골절(치아파절 제외)'의 정의 및 진단확정】..... VI-176

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-176

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-176

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-177

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-177

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-177

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-177

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-177

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-177

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-178

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-178

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-179

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-179

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-179

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-179

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅵ-179

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅵ-179

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-180

제 5 관 기타사항 Ⅵ-181

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-181

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-182

별표 2-2 재해골절(치아파절 제외) 분류표..... Ⅵ-183

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... Ⅵ-184

15. (무)재해골절치료특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'재해골절(치아파절 제외)'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '재해골절(치아파절 제외)'이라 함은 재해로 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로서 재해골절(치아파절 제외) 분류표('별표2-2 재해골절(치아파절 제외) 분류표' 참조)에서 정하는 골절을 말합니다.

② '재해골절(치아파절 제외)'의 진단확정은 의료기관에서 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 '재해골절(치아파절 제외)'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 재해골절치료비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 재해골절치료비의 경우 피보험자가 동일한 재해로 2가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절치료비는 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료비를 지급하지 않습니다.

③ 이 특약에서 '동일한 재해'의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보장대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 재해골절 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

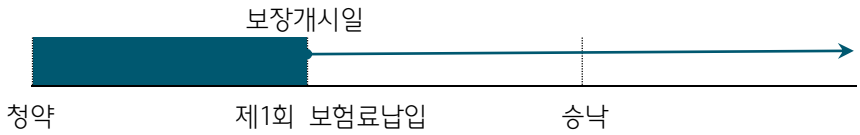
【보장개시일】
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.
· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.
· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
재해골절치료비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 '재해골절(치아파절 제외)'로 진단확정 되었을 때	재해골절 1회당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 재해골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 '재해골절(치아파절 제외)'로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 재해골절(치아파절 제외) 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절(치아파절 제외)	S02(S02.5는 제외)
2. 목의 골절	S12
3. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 어깨 및 위팔의 골절	S42
6. 아래팔의 골절	S52
7. 손목 및 손부위의 골절	S62
8. 대퇴골의 골절	S72
9. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
10. 발목을 제외한 발의 골절	S92
11. 여러 신체부위의 골절	T02
12. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
13. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10
14. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
15. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해골절(치아파절 제외) 해당여부는 피보험자가 해당 재해골절(치아파절 제외)로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해골절(치아파절 제외)에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해골절(치아파절 제외)분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해골절(치아파절 제외)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
재해골절치료비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

16. (무)재해사망특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-187

제 1 관 용어의 정의 VI-187

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-187

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-187

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-187

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-187

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-187

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-188

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-188

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-188

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-188

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-188

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-189

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-189

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-189

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-189

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-189

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-190

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-190

제 2-14 조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】..... VI-190

제 2-15 조【해약환급금】..... VI-191

제 5 관 기타사항 Ⅵ-192

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-192

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-193

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-194

16. (무)재해사망특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 사망한 경우 보험수익자에게 약정한 재해사망보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

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

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2[약관 내 인용조문 참조]에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

【심신상실자 및 심신박약자】
심신상실자 또는 심신박약자라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 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 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제2-12조(“특약의 무효”에 대한 특칙)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【설명】

“장래를 향하여”라 함은 그 효과가 미래에만 영향을 미친다는 의미이며, 서면동의를 철회한 시점까지는 계약의 효력이 유지됩니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
재해사망보험금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 사망한 경우	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
재해사망보험금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

17. (무)재해수술특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-197

제 1 관 용어의 정의 VI-197

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-197

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-197

제 2-1 조의 3【'수술'의 정의와 장소】..... VI-197

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-198

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-198

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-198

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-198

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-198

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-198

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-199

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-199

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-199

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-199

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-200

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-200

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-200

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-200

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-201

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... VI-201

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-201

제 5 관 기타사항 Ⅵ-202

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-202

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-203

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-204

17. (무)재해수술특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 재해의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊)목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢),복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등)은 제외합니다.

【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자(穿刺)】
바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

③ '변연절제를 동반한 창상봉합술'은 제1항의 수술에 포함됩니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 재해수술비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.(수술 1회당)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 피보험자가 동일한 재해로 인하여 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 재해수술비는 1회만 지급합니다.

③ 이 계약에서 '동일한 재해'의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보장대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
재해수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	수술 1회당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 회사는 피보험자가 동일한 재해로 인하여 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 재해수술비는 1회만 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
재해수술비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

18. (무)재해장해(3~100%)보장특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-207

제 1 관 용어의 정의 VI-207

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-207

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-207

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-207

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-207

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-207

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-209

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-209

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-209

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-209

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-209

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-210

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-210

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-211

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-211

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-211

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-211

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-211

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... VI-211

제 2-15 조【해약환급금】..... VI-211

제 5 관 기타사항 Ⅵ-213

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-213

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-214

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-215

18. (무)재해장해(3~100%)보장특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 장해분류표(‘별표1-2 장해분류표’ 참조, 이하 ‘장해분류표’라 합니다)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하의 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 재해장해급여금(‘별표2-1 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 ‘보험료의 납입을 면제하는 특약’(이하 ‘납입면제특약’이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 ‘납입면제 대상계약’에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항 및 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) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

【설명】

"하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우"라 함은 하나의 장해가 다른 장해의 당연한 결과로 수반되며, 장해가 발생한 신체부위 및 기능에 있어서도 밀접한 연관이 있어 사회통념상 굳이 별개의 장해로 취급할 필요성이 인정되지 않는 경우를 말합니다.

⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 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.

⑦ 제6항에도 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.

⑧ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 이 특약에서 보장대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한하며, '동일한 재해'의 경우 하나의사고로 인한 재해를 말하고, 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑩ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 재해장해급여금의 지급사유에 해당하는 장해가 서로 다른 재해로 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 재해장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제2-2조(보험금의 지급사유)에 있어서 그 재해 이전에 이미 다음 중 어느 하나에 해당하는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에서 규정하는 장해의 상태가 발생하였을 때에는 그 어느 하나에 해당되는 장해에 대한 재해장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해

【예시】

보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 재해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 재해로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%에 해당하는 보험금을 지급합니다.

2. 제1호 이외에 이 특약에 따라 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해급여금이 지급되지 않았던 장해

【예시】

보험기간 중 발생한 질병으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 재해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 이 계약은 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%에 해당하는 보험금을 지급합니다.

⑫ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조 (보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 장해진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

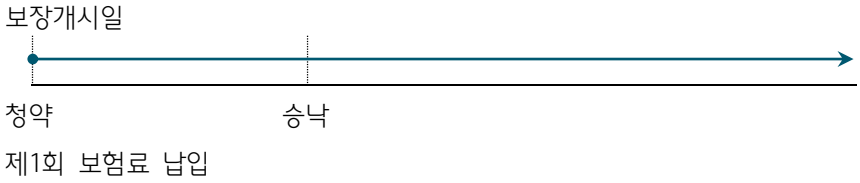
【보장개시일】

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.

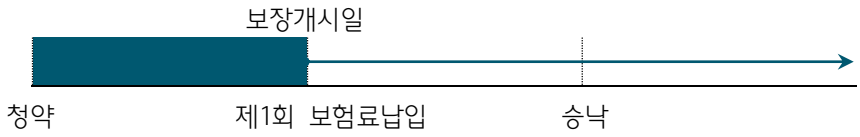
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의

직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
재해장해급여금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하의 장해상태가 되었을 때	특약 보험가입금액 X 해당 장해지급률

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
재해장해급여금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

19. (무)재해장해(50%이상)보장특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-218

제 1 관 용어의 정의 VI-218

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-218

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-218

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-218

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-218

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-218

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-219

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-219

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-220

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-220

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-220

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-220

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-220

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-221

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-221

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-221

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-221

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-222

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... VI-222

제 2-15 조【해약환급금】..... VI-222

제 5 관 기타사항 Ⅵ-223

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-223

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-224

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-225

19. (무)재해장해(50%이상)보장특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 동일한 재해로 장해분류표(‘별표1-2 장해분류표’ 참조, 이하 ‘장해분류표’라 합니다)에서 정한 장해지급률 중 50%이상 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 재해장해(50%이상)급여금(‘별표2-1 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.(최초 1회 한함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 ‘보험료의 납입을 면제하는 특약’(이하 ‘납입면제특약’이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 ‘납입면제 대상계약’에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의

다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항 및 제6항에 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) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

【설명】

"하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우"라 함은 하나의 장해가 다른 장해의 당연한 결과로 수반되며, 장해가 발생한 신체부위 및 기능에 있어서도 밀접한 연관이 있어 사회통념상 굳이 별개의 장해로 취급할 필요성이 인정되지 않는 경우를 말합니다.

⑥ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑦ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 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 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 이 특약에서 '동일한 재해'의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보장대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑪ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조 (보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 장해진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

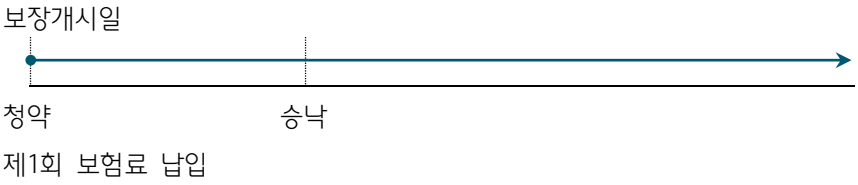
【보장개시일】

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.

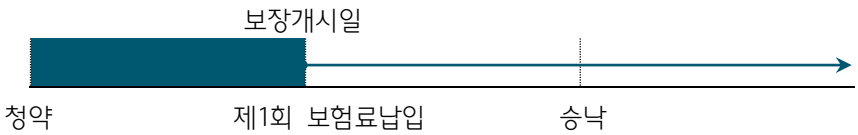
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자

사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】
피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자
【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다. ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다. **<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>**
【설명】
· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다. · 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다. · 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
재해장해(50%이상)급여금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 동일한 재해로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 50%이상의 장해상태가 되었을 때(최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
재해장해(50%이상)급여금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

20. (무)재해장해(80%이상)보장특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-228

제 1 관 용어의 정의 VI-228

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-228

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-228

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-228

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-228

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-228

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-229

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-229

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-230

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-230

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-230

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-230

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-230

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-231

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-231

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-231

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-231

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-232

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... VI-232

제 2-15 조【해약환급금】..... VI-232

제 5 관 기타사항 Ⅵ-233

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-233

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-234

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-235

20. (무)재해장해(80%이상)보장특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 동일한 재해로 장해분류표(‘별표1-2 장해분류표’ 참조, 이하 ‘장해분류표’라 합니다)에서 정한 장해지급률 중 80%이상 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 재해장해(80%이상)급여금(‘별표2-1 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.(최초 1회 한함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 ‘보험료의 납입을 면제하는 특약’(이하 ‘납입면제특약’이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 ‘납입면제 대상계약’에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의

다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항 및 제6항에 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) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

【설명】

"하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우"라 함은 하나의 장해가 다른 장해의 당연한 결과로 수반되며, 장해가 발생한 신체부위 및 기능에 있어서도 밀접한 연관이 있어 사회통념상 굳이 별개의 장해로 취급할 필요성이 인정되지 않는 경우를 말합니다.

⑥ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑦ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 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 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 이 특약에서 '동일한 재해'의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보장대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑪ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조 (보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 장해진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

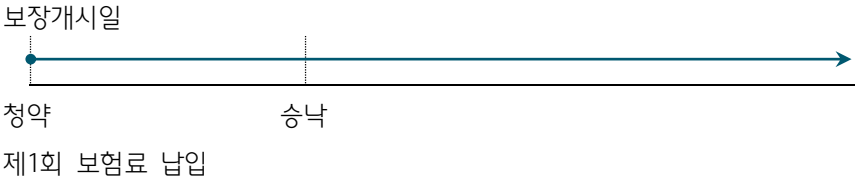
【보장개시일】

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.

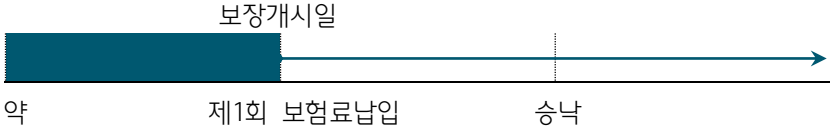
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
재해장해(80%이상)급여금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 동일한 재해로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 80%이상의 장해상태가 되었을 때(최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
재해장해(80%이상)급여금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

21. (무)정기특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-238

제 1 관 용어의 정의 VI-238

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-238

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-238

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-238

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-238

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-238

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-239

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-239

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-239

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-239

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-239

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-240

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-240

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-240

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-240

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-241

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-241

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-242

제 2-14 조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】..... VI-242

제 2-15 조【해약환급금】..... VI-242

제 5 관 기타사항 Ⅵ-243

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-243

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-244

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-245

21. (무)정기특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우 보험수익자에게 약정한 사망보험금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

제1-4조(보험금 등을 지급하지 않는 사유) 제1호에도 불구하고, 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제2-2조(보험금의 지급사유)의 사망보험금을 지급합니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

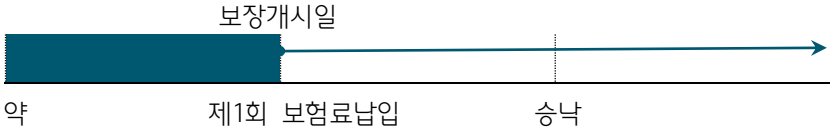
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

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

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

제1-11조(특약의 무효) 제1항 이외에 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(실제 납입한 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 해당금액을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2[약관 내 인용조문 참조]에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

【심신상실자 및 심신박약자】
심신상실자 또는 심신박약자라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 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 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제2-12조("특약의 무효"에 대한 특칙)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【설명】

"장래를 향하여"라 함은 그 효과가 미래에만 영향을 미친다는 의미이며, 서면동의를 철회한 시점까지는 계약의 효력이 유지됩니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
사망보험금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
사망보험금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

22. (무)조혈모세포이식수술특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-248

제 1 관 용어의 정의 VI-248

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-248

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-248

제 2-1 조의 3【'조혈모세포이식수술'의 정의】..... VI-248

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-249

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-249

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-249

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-249

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-249

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-249

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-250

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-250

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-250

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-250

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-251

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-251

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-251

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-251

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-252

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... VI-252

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-252

제 5 관 기타사항 Ⅵ-253

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-253

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-254

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-255

22. (무)조혈모세포이식수술특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'조혈모세포이식수술'의 정의】

이 특약에서 '조혈모세포이식수술'이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포(hematopoietic stem cell)를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식 의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

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

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '조혈모세포이식수술'을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 조혈모세포이식수술비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다.(수술 1회당)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 조혈모세포이식수술비는 공여자에 대한 수술은 제외합니다.

③ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
조혈모세포이식 수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '조혈모세포이식수술'을 받았을 때	수술 1회당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
조혈모세포이식 수술비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

23. (무)종합병원질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-258

제 1 관 용어의 정의 VI-258

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-258

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-258

제 2-1 조의 3【'수술'의 정의와 장소】..... VI-258

제 2-1 조의 4【'종합병원'의 정의】..... VI-259

제 2-1 조의 5【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... VI-259

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-260

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-260

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-260

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-262

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-262

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-262

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-262

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-262

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-263

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-263

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-263

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-264

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-264

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-264

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅵ-264

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅵ-264

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-264

제 5 관 기타사항 Ⅵ-265

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-265

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-266

별표 2-2 질병분류표Ⅱ(백내장 및 대장용종 제외) Ⅵ-267

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-269

23. (무)종합병원질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약(간편심사형) 약관

(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'은 의료기관의 의사에 의하여 질병분류표Ⅱ(백내장 및 대장용종 제외)('별표2-2 질병분류표Ⅱ(백내장 및 대장용종 제외)' 참조)에서 정하는 질병(이하 '질병(백내장 및 대장용종 제외)'이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로 제2항의 수술에 해당하는 행위를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[레이저(Laser)에 의한 안구(眼球)수술 또는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]은 제외합니다.

【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자(穿刺)】
바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2-1조의4【'종합병원'의 정의】

이 특약에 있어서 '종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 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.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의5【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의4('종합병원'의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 '종합병원' 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 '종합병원' 제도의 변경으로 제2-1조의4('종합병원'의 정의)의 '종합병원' 지정이 불가능한 경우

【예시】

종합병원 제도의 변경으로 종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 '산출방법서'라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

【계약자적립액】

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

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병(백내장 및 대장용종 제외)으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 종합병원에서 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 종합병원질병수술비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다만 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 해당보험금의 50%를 지급합니다. (동일한 질병의 수술은 연 1회를 한도로 함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

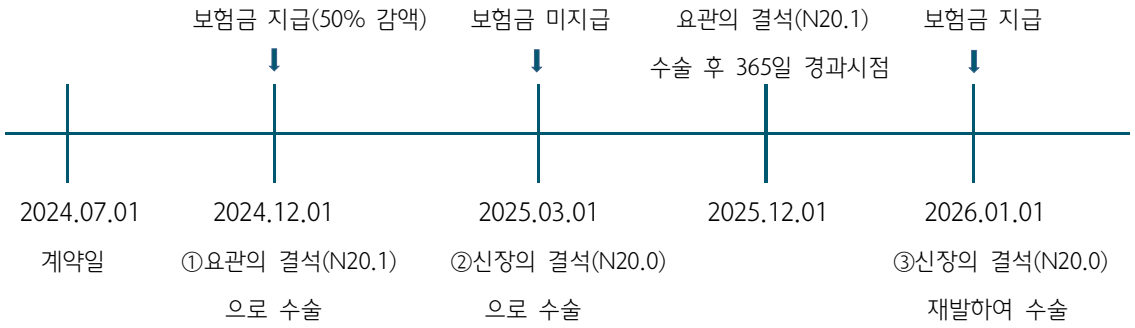
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일
계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일
계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일

③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 경우 종합병원에서 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 종합병원질병수술비만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

【보험금 지급 예시】



① 2024.12.01: 요관의 결석(N20.1)으로 수술 후 보험금 지급
⇒ 계약일부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 50% 감액 지급
② 2025.03.01: 보험금 미지급
⇒ 신장의 결석(N20.0)으로 받은 수술은 ① 요관의 결석(N20.1)으로 수술 후 365일 경과 이전 동일한 질병(N20(신장 및 요관의 결석))으로 인한 수술에 해당하여 보험금 미지급
③ 2026.01.01: 신장의 결석(N20.0) 재발하여 수술 후 보험금 지급
⇒ ① 요관의 결석(N20.1)으로 수술 후 365일이 경과한 후 동일한 질병(N20)으로 수술하여 다른 질병으로 간주하고 보험금 지급
※ 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

【한국표준질병·사인분류】

국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준 통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류 ICD㈜를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

㈜ 국제질병분류(International Classification of Disease) : 세계각국간의 사망 및 질병통계에 사용되는 분류

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 종합병원에서 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회의 종합병원질병수술비만 지급합니다. 다만, 종합병원에서 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 2회 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 종합병원질병수술비를 지급합니다.

⑤ 제4항에서 '동일한 신체부위'라 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 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

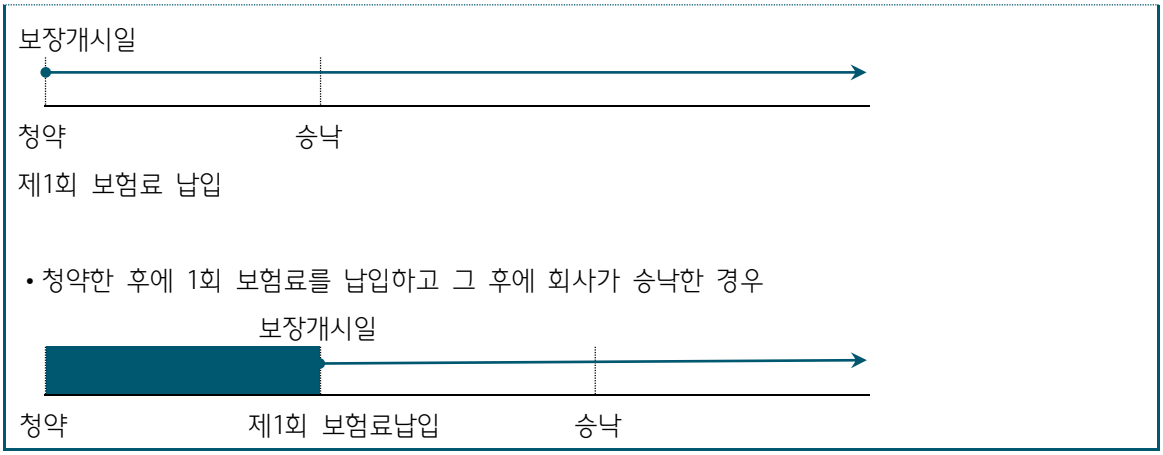
【보장개시일】

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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 보장계약별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】
보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
종합병원 질병수술비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병(백내장 및 대장용종 제외)으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 종합병원에서 수술을 받았을 경우(계약일부터 1년미만 지급사유 발생 시 50% 지급)	특약 보험가입금액의 100% (동일한 질병의 수술은 연 1회를 한도로 함)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.
2. 종합병원에서 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 종합병원 질병수술비만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

별표2-2 질병분류표 II(백내장 및 대장용종 제외)

1. 보장대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00 ~ R99, U00 ~ U99)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병

② 선천 기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)으로 인한 질병

③ 비만(E66)

④ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑤ 항문 및 직장 관련 질환, 치핵 및 항문주위정맥혈전증(K60~K62, K64)

⑥ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

⑦ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인한 경우

⑧ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

⑨ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑩ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우

⑪ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

⑫ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 티눈, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

⑬ 아래의 '백내장 및 대장용종'에 해당하는 경우

구분		대상이 되는 질병	분류번호
백내장 및 대장용종	백내장	노년백내장	H25
		기타 백내장	H26
		수정체의 기타 장애	H27
	대장용종	맹장의 양성 신생물	D12.0
		충수의 양성 신생물	D12.1
		상행결장의 양성 신생물	D12.2
		횡행결장의 양성 신생물	D12.3
		하행결장의 양성 신생물	D12.4
		구불결장의 양성 신생물	D12.5

구분	대상이 되는 질병	분류번호
	상세불명의 결장의 양성 신생물	D12.6
	직장구불결장접합부의 양성 신생물	D12.7
	직장의 양성 신생물	D12.8
	직장용종	K62.1
	결장의 용종	K63.5

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병. 사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류코드이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
종합병원 질병수술비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

24. (무)질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-272

제 1 관 용어의 정의 VI-272

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-272

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-272

제 2-1 조의 3【'수술'의 정의와 장소】..... VI-272

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-273

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-273

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-273

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-275

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-275

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-275

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-275

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-275

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-276

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-276

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-276

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-276

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-277

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-277

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅵ-277

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅵ-277

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-277

제 5 관 기타사항 Ⅵ-278

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-278

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-279

별표 2-2 질병분류표Ⅱ(백내장 및 대장용종 제외) Ⅵ-280

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-282

24. (무)질병수술(백내장 및 대장용종 제외)특약(간편심사형) 약관 (해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'은 의료기관의 의사에 의하여 질병분류표Ⅱ(백내장 및 대장용종 제외)('별표2-2 질병분류표Ⅱ(백내장 및 대장용종 제외)' 참조)에서 정하는 질병(이하 '질병(백내장 및 대장용종 제외)'이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로 제2항의 수술에 해당하는 행위를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[레이저(Laser)에 의한 안구(眼球)수술 또는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]은 제외합니다.

【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자(穿刺)】

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병(백내장 및 대장용종 제외)으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 질병수술비Ⅱ('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다만 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 해당보험금의 50%를 지급합니다. (동일한 질병의 수술은 연 1회를 한도로 함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

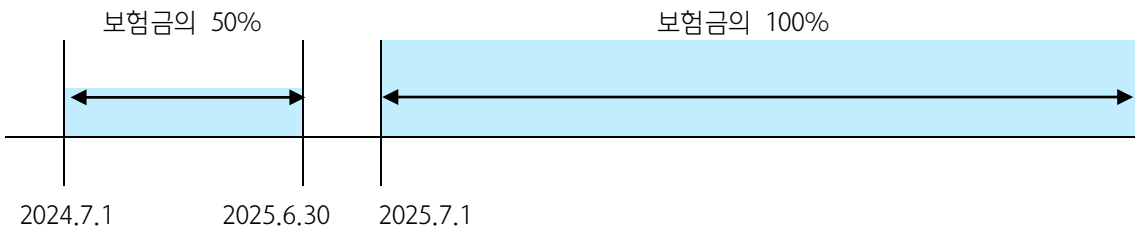
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

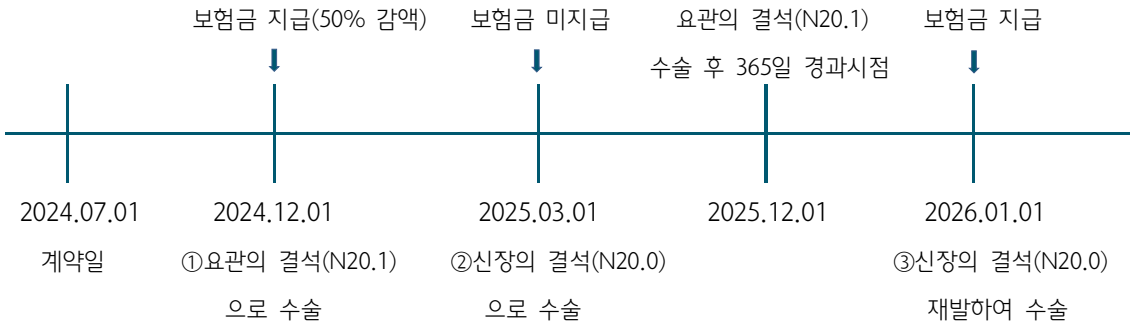
계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 질병수술비Ⅱ만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

【보험금 지급 예시】



① 2024.12.01: 요관의 결석(N20.1)으로 수술 후 보험금 지급

⇒ 계약일부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 50% 감액 지급

② 2025.03.01: 보험금 미지급

⇒ 신장의 결석(N20.0)으로 받은 수술은 ① 요관의 결석(N20.1)으로 수술 후 365일 경과 이전 동일한 질병(N20(신장 및 요관의 결석))으로 인한 수술에 해당하여 보험금 미지급

③ 2026.01.01: 신장의 결석(N20.0) 재발하여 수술 후 보험금 지급

⇒ ① 요관의 결석(N20.1)으로 수술 후 365일이 경과한 후 동일한 질병(N20)으로 수술하여 다른 질병으로 간주하고 보험금 지급

※ 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

【한국표준질병·사인분류】

국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준 통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류 ICD㈜를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

㈜ 국제질병분류(International Classification of Disease) : 세계각국간의 사망 및 질병통계에 사용되는 분류

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회의 질병수술비Ⅱ만 지급합니다. 다만, 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 2회 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비Ⅱ를 지급합니다.

⑤ 제4항에서 '동일한 신체부위'라 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 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

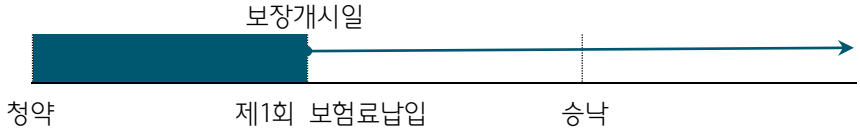
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 보장계약별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	납입기간 이내 (2024.1.1~2033.12.31) 해약환급금 없음
2	20,000	0	
:	:	:	
119	1,190,000	0	

120	1,200,000	0	
121	1,210,000	605,000	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
질병수술비 II (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병(백내장 및 대장용종 제외)으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 수술을 받았을 경우(계약일부터 1년미만 지급사유 발생시 50% 지급)	특약 보험가입금액의 100% (동일한 질병의 수술은 연 1회를 한도로 함)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.
2. 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 질병수술비 II만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

별표2-2 질병분류표 II(백내장 및 대장용종 제외)

1. 보장대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00 ~ R99, U00 ~ U99)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병

② 선천 기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)으로 인한 질병

③ 비만(E66)

④ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑤ 항문 및 직장 관련 질환, 치핵 및 항문주위정맥혈전증(K60~K62, K64)

⑥ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

⑦ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인한 경우

⑧ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

⑨ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑩ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우

⑪ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

⑫ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 티눈, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

⑬ 아래의 '백내장 및 대장용종'에 해당하는 경우

구분		대상이 되는 질병	분류번호
백내장 및 대장용종	백내장	노년백내장	H25
		기타 백내장	H26
		수정체의 기타 장애	H27
	대장용종	맹장의 양성 신생물	D12.0
		충수의 양성 신생물	D12.1
		상행결장의 양성 신생물	D12.2
		횡행결장의 양성 신생물	D12.3
		하행결장의 양성 신생물	D12.4
		구불결장의 양성 신생물	D12.5

구분	대상이 되는 질병	분류번호
	상세불명의 결장의 양성 신생물	D12.6
	직장구불결장접합부의 양성 신생물	D12.7
	직장의 양성 신생물	D12.8
	직장용종	K62.1
	결장의 용종	K63.5

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병. 사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류코드이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
질병수술비 II (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

25. (무)질병수술(특정 경증질환 제외)특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-285

제 1 관 용어의 정의 VI-285

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-285

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-285

제 2-1 조의 3【'수술'의 정의와 장소】..... VI-285

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-286

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-286

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-286

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-288

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-288

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-288

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-288

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-288

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-289

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-289

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-289

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-289

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-290

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-290

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅵ-290
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅵ-290
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-290

제 5 관 기타사항 Ⅵ-291
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-291

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-292
별표 2-2 질병분류표Ⅱ(특정 경증질환 제외)..... Ⅵ-293
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... Ⅵ-296

25. (무)질병수술(특정 경증질환 제외)특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'은 의료기관의 의사에 의하여 질병분류표Ⅱ(특정 경증질환 제외)('별표2-2 질병분류표Ⅱ(특정 경증질환 제외)' 참조)에서 정하는 질병(이하 '질병(특정 경증질환 제외)'이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로 제2항의 수술에 해당하는 행위를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[레이저(Laser)에 의한 안구(眼球)수술 또는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]은 제외합니다.

【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아들이는 것

【천자(穿刺)】

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병(특정 경증질환 제외)으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 질병수술비Ⅲ('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다만 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 해당보험금의 50%를 지급합니다. (동일한 질병의 수술은 연 1회를 한도로 함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

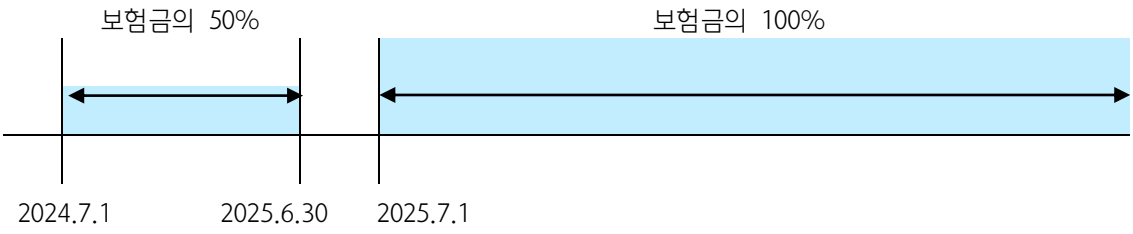
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

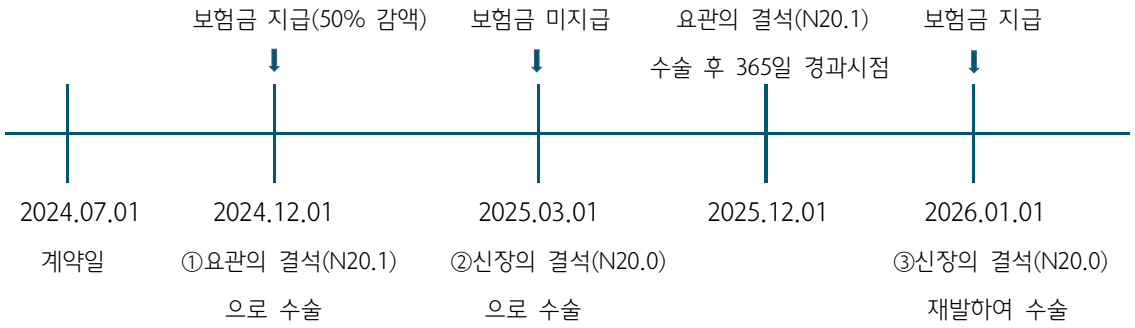
계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 질병수술비Ⅲ만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

【보험금 지급 예시】



① 2024.12.01: 요관의 결석(N20.1)으로 수술 후 보험금 지급

⇒ 계약일부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 50% 감액 지급

② 2025.03.01: 보험금 미지급

⇒ 신장의 결석(N20.0)으로 받은 수술은 ① 요관의 결석(N20.1)으로 수술 후 365일 경과 이전 동일한 질병(N20(신장 및 요관의 결석))으로 인한 수술에 해당하여 보험금 미지급

③ 2026.01.01: 신장의 결석(N20.0) 재발하여 수술 후 보험금 지급

⇒ ① 요관의 결석(N20.1)으로 수술 후 365일이 경과한 후 동일한 질병(N20)으로 수술하여 다른 질병으로 간주하고 보험금 지급

※ 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

【한국표준질병·사인분류】

국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준 통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류 ICD㈜를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

㈜ 국제질병분류(International Classification of Disease) : 세계각국간의 사망 및 질병통계에 사용되는 분류

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회의 질병수술비Ⅲ만 지급합니다. 다만, 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 2회 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비Ⅲ를 지급합니다.

⑤ 제4항에서 '동일한 신체부위'라 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 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

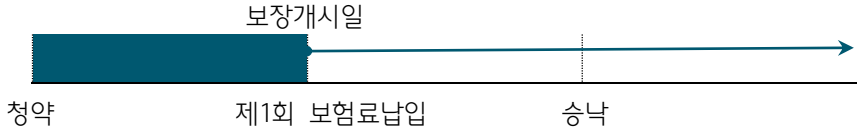
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【“특약의 무효”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 보장계약별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	납입기간 이내 (2024.1.1~2033.12.31) 해약환급금 없음
2	20,000	0	
:	:	:	
119	1,190,000	0	

120	1,200,000	0	
121	1,210,000	605,000	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
질병수술비Ⅲ (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병(특정 경증질환 제외)으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 수술을 받았을 경우(계약일부터 1년미만 지급사유 발생시 50% 지급)	특약 보험가입금액의 100% (동일한 질병의 수술은 연 1회를 한도로 함)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.
2. 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 질병수술비Ⅲ만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

별표2-2 질병분류표Ⅱ(특정 경증질환 제외)

1. 보장대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00 ~ R99, U00 ~ U99)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병

② 선천 기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)으로 인한 질병

③ 비만(E66)

④ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑤ 항문 및 직장 관련 질환, 치핵 및 항문주위정맥혈전증(K60~K62, K64)

⑥ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

⑦ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인한 경우

⑧ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

⑨ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑩ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우

⑪ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

⑫ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 티눈, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

⑬ 아래의 '특정 경증질환'에 해당하는 경우

구분		대상이 되는 질병	분류번호
특정 경증질환	백내장	노년백내장	H25
		기타 백내장	H26
		수정체의 기타 장애	H27
	대장용종	맹장의 양성 신생물	D12.0
		충수의 양성 신생물	D12.1
		상행결장의 양성 신생물	D12.2
		횡행결장의 양성 신생물	D12.3
		하행결장의 양성 신생물	D12.4
		구불결장의 양성 신생물	D12.5

구분		대상이 되는 질병	분류번호
		상세불명의 결장의 양성 신생물	D12.6
		직장구불결장접합부의 양성 신생물	D12.7
		직장의 양성 신생물	D12.8
		직장용종	K62.1
		결장의 용종	K63.5
	특정 눈 및 귀질환	맥립종 및 콩다래끼	H00
		결막염	H10
		결막의 기타 장애	H11
		바이러스 결막염	B30
		외이염	H60
		귀통증 및 귀의 삼출액	H92
	특정 피부질환	피부의 농양, 종기 및 큰종기	L02
		기타 피부염	L30
		손발톱장애	L60
		피부 및 피하조직의 모낭낭	L72
		티눈 및 굳은살	L84
	특정 후각질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
		만성비염, 비인두염 및 인두염	J31
		만성 부비동염	J32
		코용종	J33
		코 및 비동의 기타장애	J34
	피부종양	양성 지방종성 신생물	D17
		피부의 기타 양성 신생물	D23
	기타	하지의정맥류	I83
		유방의비대	N62
		윤활막염 및 힘줄윤활막염	M65

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병. 사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류코드이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
질병수술비 Ⅲ (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

26. (무)질병수술특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-299

제 1 관 용어의 정의 VI-299

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-299

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-299

제 2-1 조의 3【'수술'의 정의와 장소】..... VI-299

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-300

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-300

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-300

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-302

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-302

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-302

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-302

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-302

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-303

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-303

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-303

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-303

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-303

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-304

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅵ-304
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅵ-304
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-304

제 5 관 기타사항 Ⅵ-305
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-305

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-306
별표 2-2 질병분류표Ⅱ Ⅵ-307
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-308

26. (무)질병수술특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'수술'의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 '수술'은 의료기관의 의사에 의하여 질병분류표Ⅱ('별표2-2 질병분류표Ⅱ' 참조)에서 정하는 질병(이하 '질병'이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로 제2항의 수술에 해당하는 행위를 말합니다.

② 제1항에서 '수술'이란, 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[레이저(Laser)에 의한 안구(眼球)수술 또는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]은 제외합니다.

【절단(切斷)】
특정부위를 잘라 내는 것
【절제(切除)】
특정부위를 잘라 없애는 것
【흡인(吸引)】
주사기 등으로 빨아들이는 것
【천자(穿刺)】

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)[약관 내 인용조문 참조]에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 약정한 질병수술비 I ('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다만 계약일로부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 해당보험금의 50%를 지급합니다. (동일한 질병의 수술은 연 1회를 한도로 함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

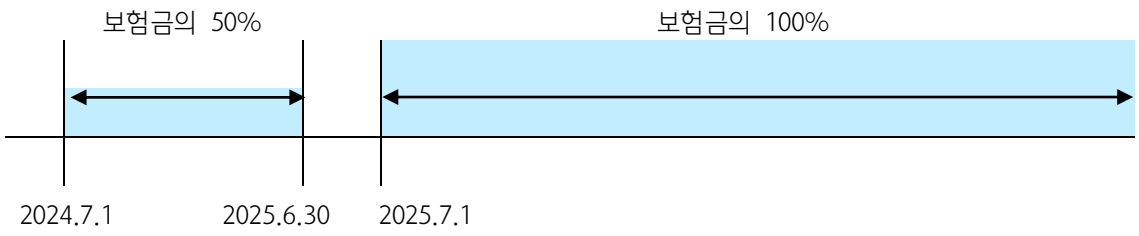
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

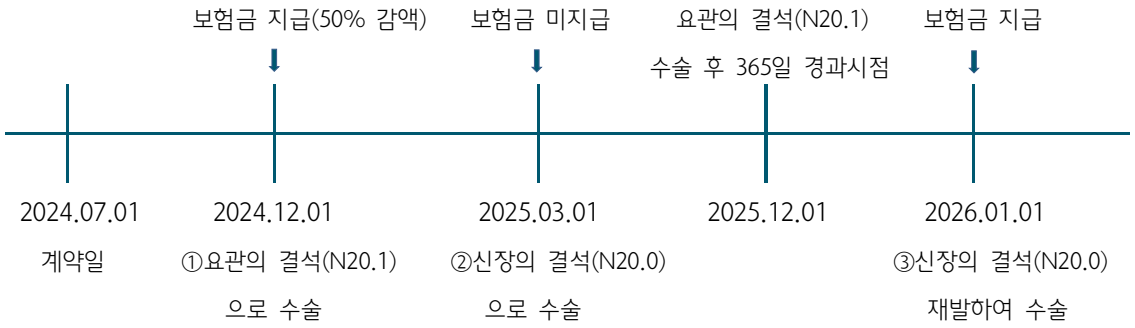
계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 질병수술비Ⅰ만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

【보험금 지급 예시】



① 2024.12.01: 요관의 결석(N20.1)으로 수술 후 보험금 지급

⇒ 계약일부터 1년미만에 보험금 지급사유 발생시 50% 감액 지급

② 2025.03.01: 보험금 미지급

⇒ 신장의 결석(N20.0)으로 받은 수술은 ① 요관의 결석(N20.1)으로 수술 후 365일 경과 이전 동일한 질병(N20(신장 및 요관의 결석))으로 인한 수술에 해당하여 보험금 미지급

③ 2026.01.01: 신장의 결석(N20.0) 재발하여 수술 후 보험금 지급

⇒ ① 요관의 결석(N20.1)으로 수술 후 365일이 경과한 후 동일한 질병(N20)으로 수술하여 다른 질병으로 간주하고 보험금 지급

※ 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

【한국표준질병·사인분류】

국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준 통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류 ICD㈜를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

㈜ 국제질병분류(International Classification of Disease) : 세계각국간의 사망 및 질병통계에 사용되는 분류

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회의 질병수술비Ⅰ만 지급합니다. 다만, 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 2회 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비Ⅰ를 지급합니다.

⑤ 제4항에서 '동일한 신체부위'라 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 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

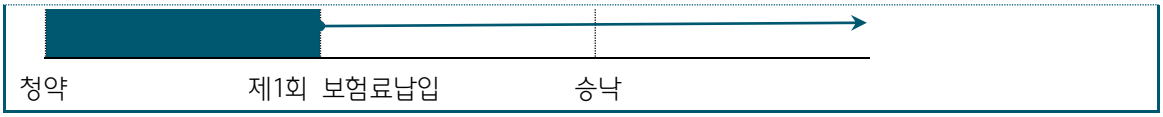
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

보장개시일



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 보장계약별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간 이내
:	:	:	(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품

:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
질병수술비 I (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 하여 수술을 받았을 경우(계약일부터 1년미만 지급사유 발생시 50% 지급)	특약 보험가입금액의 100% (동일한 질병의 수술은 연 1회를 한도로 함)

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.
2. 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 질병수술비 I 만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

별표2-2 질병분류표 II

1. 보장대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00 ~ R99, U00 ~ U99)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병

② 선천 기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)으로 인한 질병

③ 비만(E66)

④ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑤ 항문 및 직장 관련 질환, 치핵 및 항문주위정맥혈전증(K60~K62, K64)

⑥ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

⑦ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인한 경우

⑧ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

⑨ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑩ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우

⑪ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

⑫ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 티눈, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병. 사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류코드이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
질병수술비 I (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

27. (무)질병장해(3~100%)보장특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-311

제 1 관 용어의 정의 VI-311

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-311

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-311

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-311

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-311

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-311

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-313

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-313

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-313

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-313

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-313

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-314

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-314

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-315

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-315

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-315

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-315

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-315

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... VI-315

제 2-15 조【해약환급금】..... VI-315

제 5 관 기타사항 Ⅵ-317

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-317

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-318

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-319

27. (무)질병장해(3~100%)보장특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **질병**: 재해 이외의 원인을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병으로 장해분류표('별표1-2 장해분류표' 참조, 이하 '장해분류표'라 합니다)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하의 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 질병장해급여금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항 및 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

【설명】

"하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우"라 함은 하나의 장해가 다른 장해의 당연한 결과로 수반되며, 장해가 발생한 신체부위 및 기능에 있어서도 밀접한 연관이 있어 사회통념상 굳이 별개의 장해로 취급할 필요성이 인정되지 않는 경우를 말합니다.

⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 질병으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제6항에도 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.

⑧ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 이 특약에서 보장대상이 되는 질병은 보험기간 중 발생한 질병에 한하며, 동일한 질병으로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑩ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병장해급여금의 지급사유에 해당하는 장해가 서로 다른 질병으로 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 질병장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 질병장해급여금에서 이미 지급받은 질병장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제2-2조(보험금의 지급사유)에 있어서 그 질병 이전에 이미 다음 중 어느 하나에 해당하는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에서 규정하는 장해의 상태가 발생하였을 때에는 그 어느 하나에 해당되는 장해에 대한 질병장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 질병장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 질병장해급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 질병장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해

【예시】

보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%에 해당하는 보험금을 지급합니다.

2. 제1호 이외에 이 특약에 따라 질병장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 질병장해급여금이 지급되지 않았던 장해

【예시】

보험기간 중 발생한 재해를 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 이 계약은 재해로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 재해로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%에 해당하는 보험금을 지급합니다.

⑫ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조 (보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 장해진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

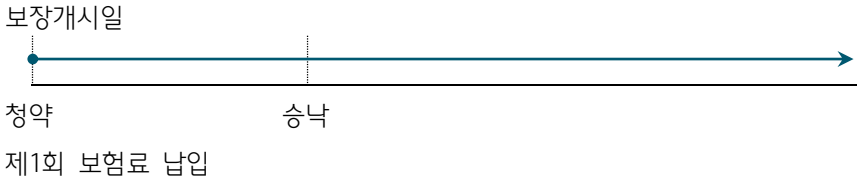
【보장개시일】

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.

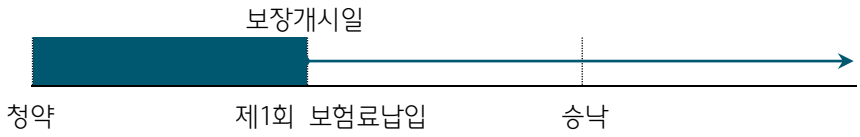
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의

직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
질병장해급여금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하의 장해상태가 되었을 때	특약 보험가입금액 X 해당 장해지급률

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
질병장해급여금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

28. (무)질병장해(50%이상)보장특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-322

제 1 관 용어의 정의 VI-322

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-322

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-322

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-322

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-322

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-322

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-323

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-323

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-324

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-324

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-324

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-324

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-324

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-325

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-325

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-325

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-325

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-326

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... VI-326

제 2-15 조【해약환급금】..... VI-326

제 5 관 기타사항 Ⅵ-327

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-327

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-328

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-329

28. (무)질병장해(50%이상)보장특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **질병**: 재해 이외의 원인을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 동일한 질병으로 장해분류표('별표1-2 장해분류표' 참조, 이하 '장해분류표'라 합니다)에서 정한 장해지급률 중 50%이상 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 질병장해(50%이상)급여금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회 한함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 동일한 질병으로 여러

신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항 및 제6항에 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 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

【설명】

"하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우"라 함은 하나의 장해가 다른 장해의 당연한 결과로 수반되며, 장해가 발생한 신체부위 및 기능에 있어서도 밀접한 연관이 있어 사회통념상 굳이 별개의 장해로 취급할 필요성이 인정되지 않는 경우를 말합니다.

⑥ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑦ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 동일한 질병으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 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 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 이 특약에서 '동일한 재해'라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 이 특약에서 보장대상이 되는 질병은 보험기간 중 발생한 질병에 한합니다.

⑫ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조 (보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 장해진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

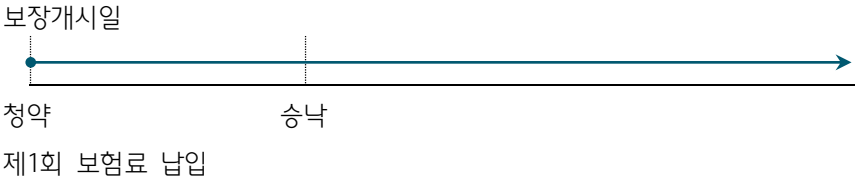
【보장개시일】

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.

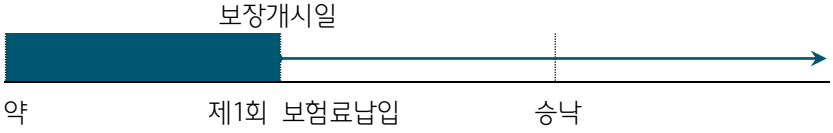
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
질병장해(50%이상)급여금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 동일한 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 50%이상의 장해상태가 되었을 때(최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
질병장해(50%이상)급여금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

29. (무)질병장해(80%이상)보장특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 Ⅵ-332

제 1 관 용어의 정의 Ⅵ-332

제 2-1 조【용어의 정의】..... Ⅵ-332

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... Ⅵ-332

제 2 관 보험금의 지급 등 Ⅵ-332

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... Ⅵ-332

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... Ⅵ-332

제 2-4 조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】..... Ⅵ-333

제 2-5 조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】..... Ⅵ-333

제 2-6 조【사고증명서】..... Ⅵ-334

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅵ-334

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... Ⅵ-334

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... Ⅵ-334

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... Ⅵ-334

제 2-10 조【특약의 갱신】..... Ⅵ-335

제 2-11 조【“특약의 소멸”에 대한 특칙】..... Ⅵ-335

제 2-12 조【“특약의 무효”에 대한 특칙】..... Ⅵ-335

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... Ⅵ-335

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅵ-336

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅵ-336

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-336

제 5 관 기타사항 Ⅵ-337

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-337

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-338

별표 2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-339

29. (무)질병장해(80%이상)보장특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

나. **질병**: 재해 이외의 원인을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 동일한 질병으로 장해분류표('별표1-2 장해분류표' 참조, 이하 '장해분류표'라 합니다)에서 정한 장해지급률 중 80%이상 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 질병장해(80%이상)급여금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(최초 1회 한함)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 동일한 질병으로 여러

신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항 및 제6항에 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 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

【설명】

"하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우"라 함은 하나의 장해가 다른 장해의 당연한 결과로 수반되며, 장해가 발생한 신체부위 및 기능에 있어서도 밀접한 연관이 있어 사회통념상 굳이 별개의 장해로 취급할 필요성이 인정되지 않는 경우를 말합니다.

⑥ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑦ 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 동일한 질병으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 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 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 이 특약에서 '동일한 재해'라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 이 특약에서 보장대상이 되는 질병은 보험기간 중 발생한 질병에 한합니다.

⑫ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조 (보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 장해진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

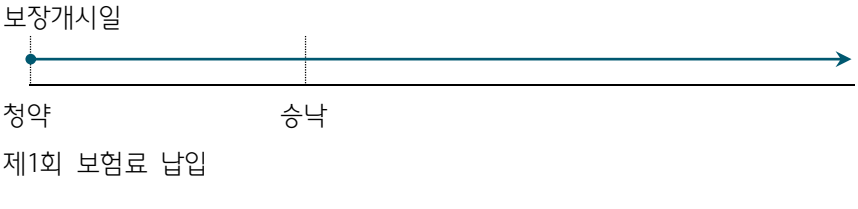
【보장개시일】

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.

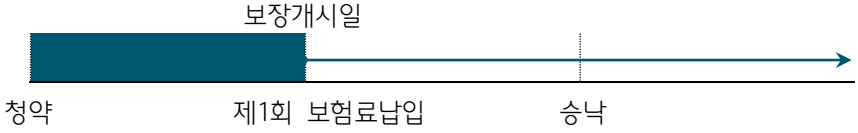
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
질병장해(80%이상)급여금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 동일한 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 80%이상의 장해상태가 되었을 때(최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
질병장해(80%이상)급여금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

30. (무)첫날부터 상급종합병원입원(1~120일)특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-342

제 1 관 용어의 정의 VI-342

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-342

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-342

제 2-1 조의 3【'상급종합병원'의 정의】..... VI-342

제 2-1 조의 4【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... VI-343

제 2-1 조의 5【'입원'의 정의와 장소】..... VI-343

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-344

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-344

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-344

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-346

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-346

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-347

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-347

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-347

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-347

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-347

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-348

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-348

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-348

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-348

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅵ-349

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅵ-349

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-349

제 5 관 기타사항 Ⅵ-350

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-350

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-351

별표 2-2 질병 및 재해 분류표 Ⅵ-352

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-353

30. (무)첫날부터 상급종합병원입원(1~120일)특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'상급종합병원'의 정의】

이 특약에 있어서 '상급종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 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 것
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 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의4【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의3(‘상급종합병원’의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 ‘상급종합병원’ 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 ‘상급종합병원’ 제도의 변경으로 제2-1조의3(‘상급종합병원’의 정의)의 ‘상급종합병원’ 지정이 불가능한 경우

【예시】
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

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

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2-1조의5【‘입원’의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 ‘입원’이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 질병 및 재해분류표(‘별표 2-2 질병 및 재해분류표’ 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 ‘질병 또는 재해’라 함)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 1일 이상 계속하여 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 상급종합병원 입원비Ⅰ (‘별표2-1 보험금 지급기준표’ 참조)를 지급합니다. 다만, 입원일수 1일당, 1회 입원당 120일 한도로 합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

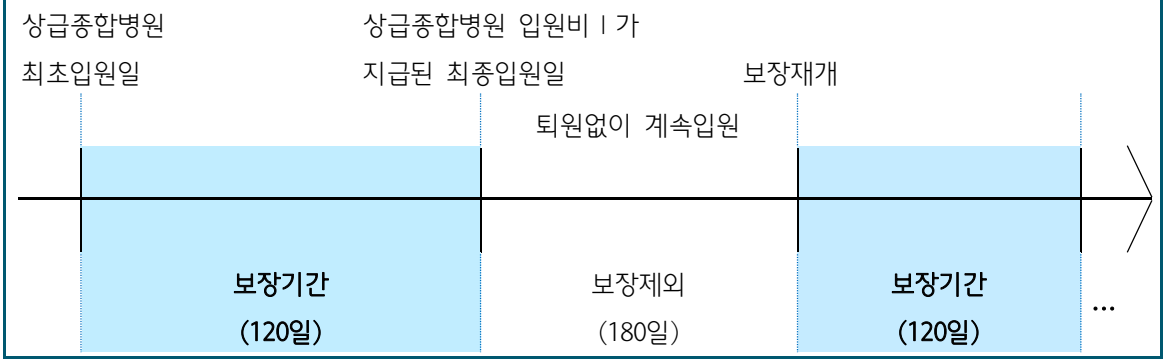
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 ‘보험료의 납입을 면제하는 특약’(이하 ‘납입면제특약’이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 ‘납입면제 대상계약’에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 상급종합병원 입원비Ⅰ의 지급일수는 상급종합병원에 입원한 일수만을 합산하여 계산하며, 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 상급종합병원 입원비Ⅰ가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 상급종합병원 입원비Ⅰ를 지급합니다. 이때, 상급종합병원 입원비Ⅰ가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 입원비Ⅰ가 지급된 최종입원일의 그 다음날부터 180일이 지난 후 새로운 입원이 개시된 것으로 봅니다.

【예시】



⑤ 피보험자가 상급종합병원 입원비Ⅰ 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항에 따라 계속 상급종합병원 입원비Ⅰ를 지급합니다. 다만, 보험기간이 끝난 후의 제4항에 따라 간주된 새로운 입원의 입원기간에 대해서는 상급종합병원 입원비Ⅰ를 지급하지 않습니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

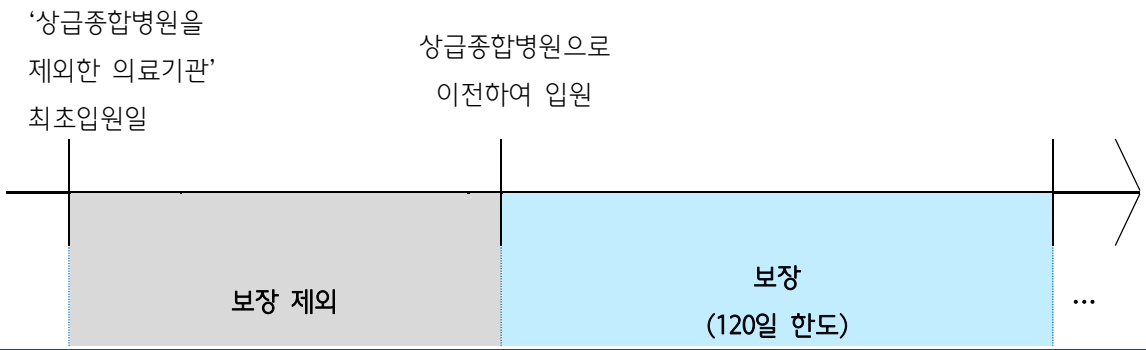
⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 입원비Ⅰ의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 이 특약에서 '동일한 재해'의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보장대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑨ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 상급종합병원에 입원한 경우에는 가장 높은 상급종합병원 입원비Ⅰ를 지급하며, 상급종합병원 입원비Ⅰ가 동일한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 상급종합병원 입원비Ⅰ를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병 또는 재해가 모두 상급종합병원 입원치료가 필요한 질병 또는 재해인 경우에 한합니다.

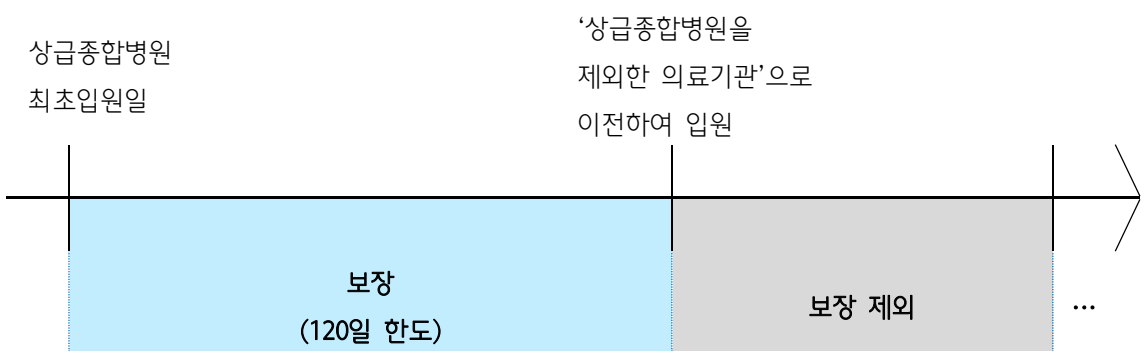
⑩ 피보험자가 '상급종합병원을 제외한 의료기관'에 입원하여 치료를 받던 중 제2-1조의3('상급종합병원'의 정의)에서 정한 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우, 이전하여 입원한 날을 포함하여 1일이상 계속하여 입원하였을 때 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원비Ⅰ를 지급합니다. 이 경우 제2항 내지 제9항을 동일하게 적용합니다.

【'상급종합병원을 제외한 의료기관'에서 상급종합병원으로 이전한 경우 예시】



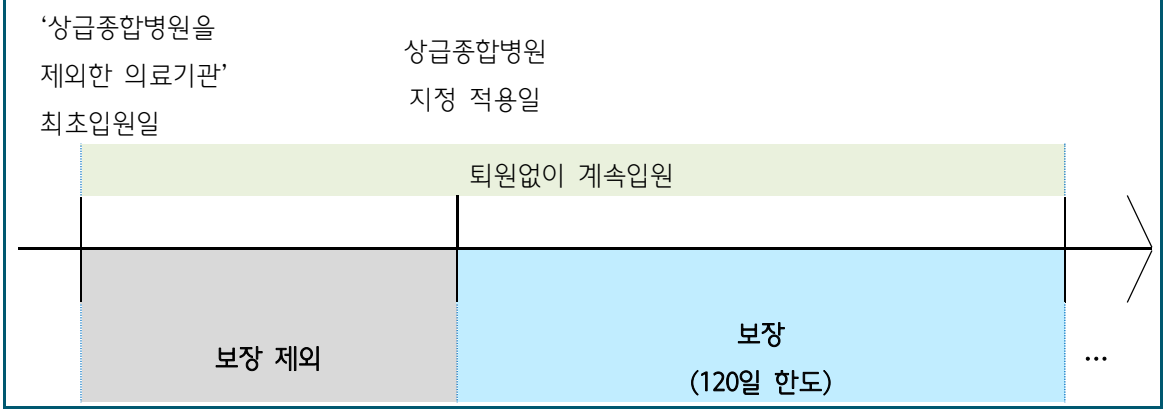
⑪ 피보험자가 제2-1조의3('상급종합병원'의 정의)에서 정한 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합 병원을 제외한 의료기관'으로 이전하여 입원한 경우, 상급종합병원에 입원한 날까지 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원비Ⅰ를 지급합니다. 이 경우 제2항 내지 제9항을 동일하게 적용합니다.

【상급종합병원에서 '상급종합병원을 제외한 의료기관'으로 이전한 경우 예시】



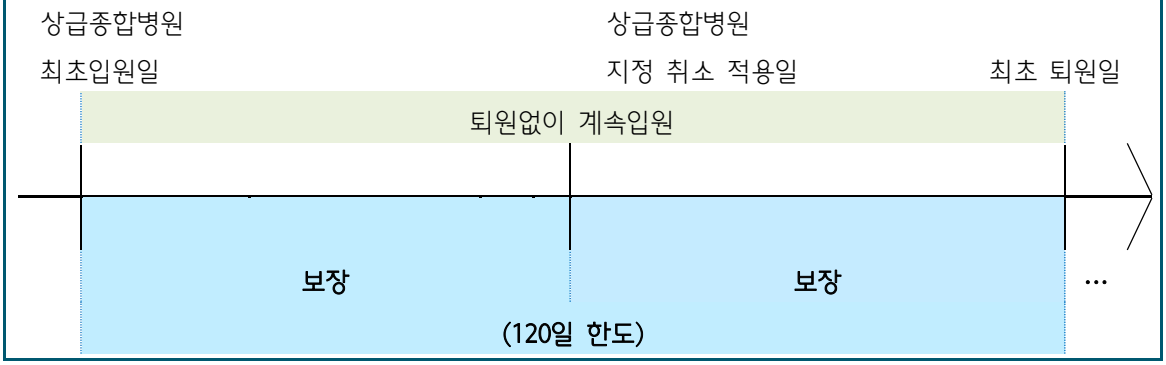
⑫ 피보험자가 ‘상급종합병원을 제외한 의료기관’에 입원하여 치료를 받던 중 해당 의료기관이 제2-1조의3(‘상급종합병원’의 정의)에서 정한 상급종합병원으로 지정되는 경우, 해당 병원의 상급종합병원 지정 적용일을 포함하여 1일이상 계속하여 입원 하였을 때 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원비Ⅰ를 지급합니다.

【‘상급종합병원을 제외한 의료기관’에서 상급종합병원으로 지정되는 경우 예시】



⑬ 피보험자가 제2-1조의3(‘상급종합병원’의 정의)의 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우라도 최초 퇴원일까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원비Ⅰ를 지급합니다. 이 경우 제2항 내지 제9항을 동일하게 적용하되, 제4항에 따라 간주된 새로운 입원의 입원기간에 대해서는 상급종합병원 입원비Ⅰ를 지급하지 않습니다.

【상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우 예시】



⑭ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 입·퇴원확인서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

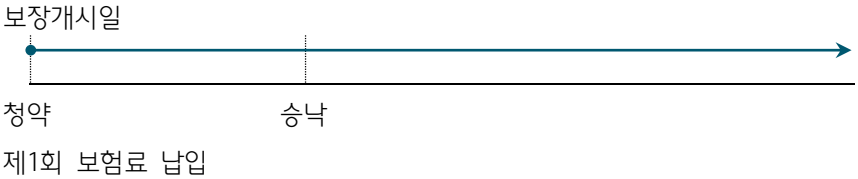
【보장개시일】

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.

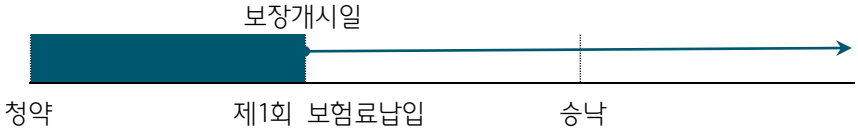
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
상급종합병원 입원비 I (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 120일 한도)	입원 1일당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 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 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 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 알콜중독으로 인한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 해당 질병 및 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
상급종합병원 입원비 I (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

31. (무)첫날부터 상급종합병원입원(1~30일)특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-356

제 1 관 용어의 정의 VI-356

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-356

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-356

제 2-1 조의 3【'상급종합병원'의 정의】..... VI-356

제 2-1 조의 4【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... VI-357

제 2-1 조의 5【'입원'의 정의와 장소】..... VI-357

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-358

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-358

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-358

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-360

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-360

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-361

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-361

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-361

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-361

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-361

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-362

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-362

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-362

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-362

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅵ-363
제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅵ-363
제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-363

제 5 관 기타사항 Ⅵ-364
제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-364

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-365
별표 2-2 질병 및 재해 분류표 Ⅵ-366
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-367

31. (무)첫날부터 상급종합병원입원(1~30일)특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'상급종합병원'의 정의】

이 특약에 있어서 '상급종합병원'이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 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 것
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 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의4【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의3(‘상급종합병원’의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 ‘상급종합병원’ 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 ‘상급종합병원’ 제도의 변경으로 제2-1조의3(‘상급종합병원’의 정의)의 ‘상급종합병원’ 지정이 불가능한 경우

【예시】
상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

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

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2-1조의5【‘입원’의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 ‘입원’이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 질병 및 재해분류표(‘별표 2-2 질병 및 재해분류표’ 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 ‘질병 또는 재해’라 함)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 1일 이상 계속하여 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 상급종합병원 입원비Ⅱ('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다만, 입원일수 1일당, 1회 입원당 30일 한도로 합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

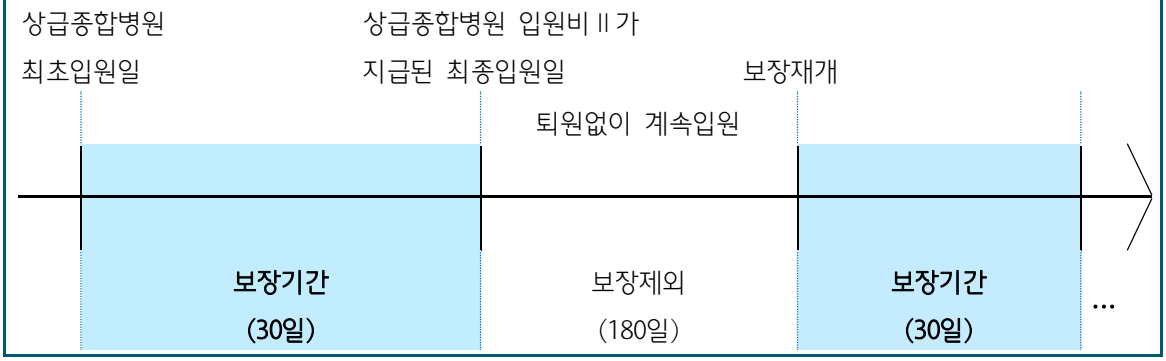
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 상급종합병원 입원비Ⅱ의 지급일수는 상급종합병원에 입원한 일수만을 합산하여 계산하며, 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 상급종합병원 입원비Ⅱ가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 상급종합병원 입원비Ⅱ를 지급합니다. 이때, 상급종합병원 입원비Ⅱ가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 입원비Ⅱ가 지급된 최종입원일의 그 다음날부터 180일이 지난 후 새로운 입원이 개시된 것으로 봅니다.

【예시】



⑤ 피보험자가 상급종합병원 입원비Ⅱ 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항에 따라 계속 상급종합병원 입원비Ⅱ를 지급합니다. 다만, 보험기간이 끝난 후의 제4항에 따라 간주된 새로운 입원의 입원기간에 대해서는 상급종합병원 입원비Ⅱ를 지급하지 않습니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

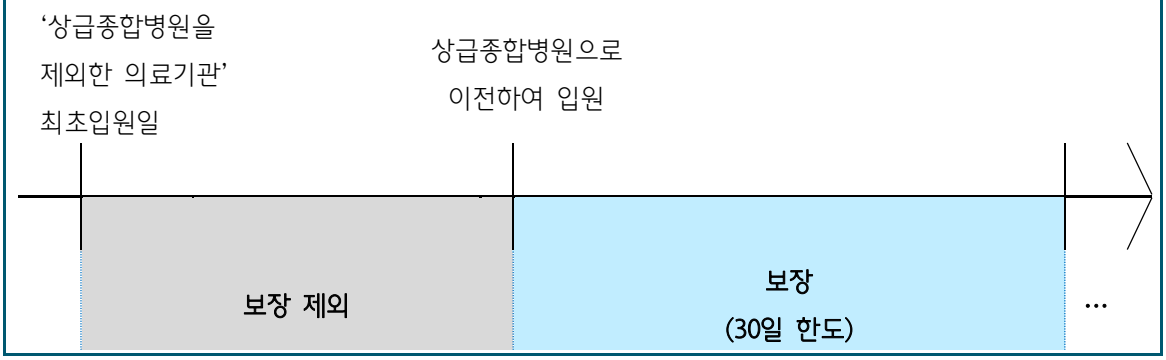
⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 입원비Ⅱ의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 이 특약에서 '동일한 재해'의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보장대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑨ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 상급종합병원에 입원한 경우에는 가장 높은 상급종합병원 입원비Ⅱ를 지급하며, 상급종합병원 입원비Ⅱ가 동일한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 상급종합병원 입원비Ⅱ를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병 또는 재해가 모두 상급종합병원 입원치료가 필요한 질병 또는 재해인 경우에 한합니다.

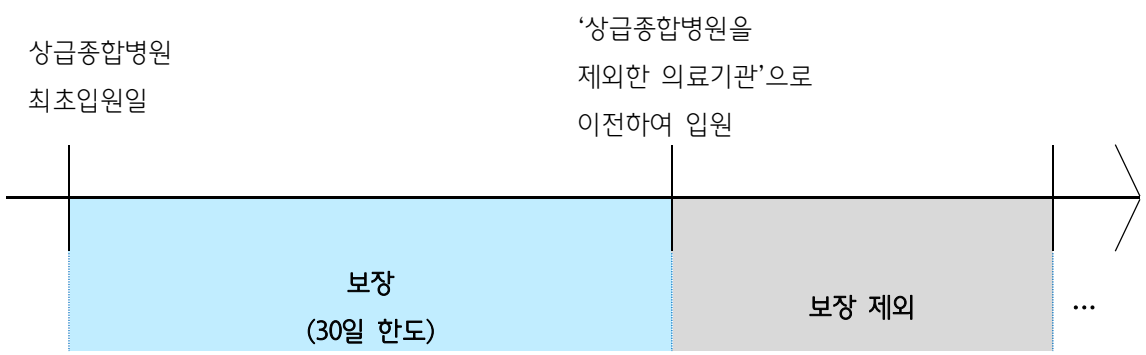
⑩ 피보험자가 '상급종합병원을 제외한 의료기관'에 입원하여 치료를 받던 중 제2-1조의3('상급종합병원'의 정의)에서 정한 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우, 이전하여 입원한 날을 포함하여 1일이상 계속하여 입원하였을 때 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원비Ⅱ를 지급합니다. 이 경우 제2항 내지 제9항을 동일하게 적용합니다.

【'상급종합병원을 제외한 의료기관'에서 상급종합병원으로 이전한 경우 예시】



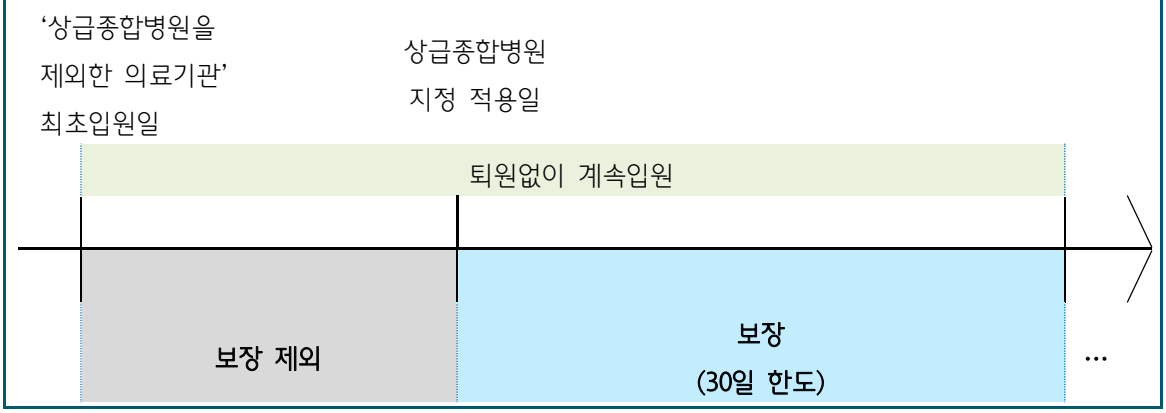
⑪ 피보험자가 제2-1조의3('상급종합병원'의 정의)에서 정한 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합 병원을 제외한 의료기관'으로 이전하여 입원한 경우, 상급종합병원에 입원한 날까지 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원비Ⅱ를 지급합니다. 이 경우 제2항 내지 제9항을 동일하게 적용합니다.

【상급종합병원에서 '상급종합병원을 제외한 의료기관'으로 이전한 경우 예시】



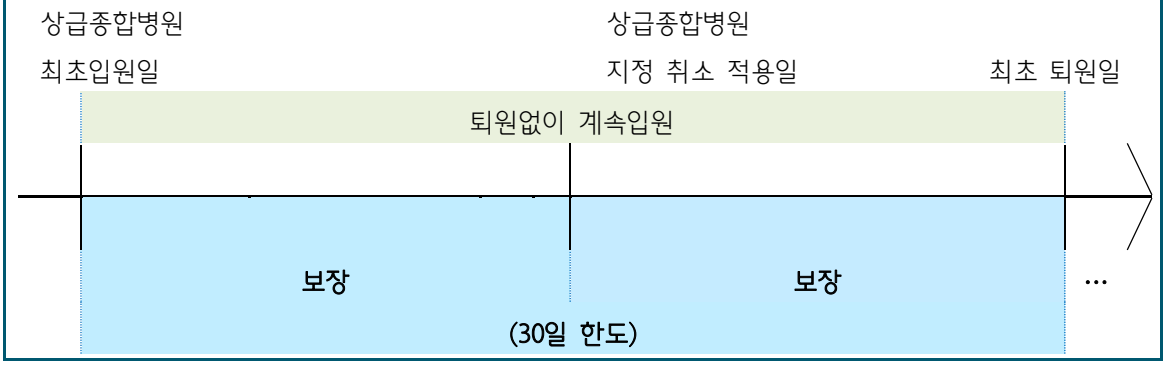
⑫ 피보험자가 ‘상급종합병원을 제외한 의료기관’에 입원하여 치료를 받던 중 해당 의료기관이 제2-1조의3(‘상급종합병원’의 정의)에서 정한 상급종합병원으로 지정되는 경우, 해당 병원의 상급종합병원 지정 적용일을 포함하여 1일이상 계속하여 입원 하였을 때 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원비Ⅱ를 지급합니다.

【‘상급종합병원을 제외한 의료기관’에서 상급종합병원으로 지정되는 경우 예시】



⑬ 피보험자가 제2-1조의3(‘상급종합병원’의 정의)의 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우라도 최초 퇴원일까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원비Ⅱ를 지급합니다. 이 경우 제2항 내지 제9항을 동일하게 적용하되, 제4항에 따라 간주된 새로운 입원의 입원기간에 대해서는 상급종합병원 입원비Ⅱ를 지급하지 않습니다.

【상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우 예시】



⑭ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 입·퇴원확인서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

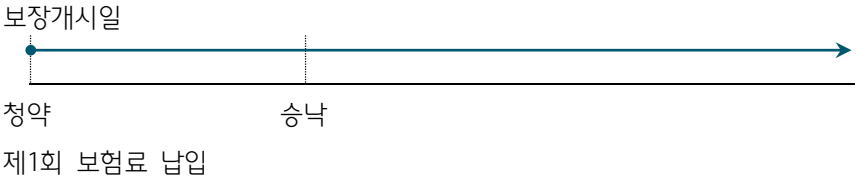
【보장개시일】

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.

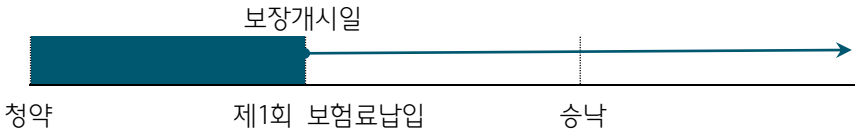
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
상급종합병원 입원비 II (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 30일 한도)	입원 1일당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 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 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 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 알콜중독으로 인한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 해당 질병 및 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
상급종합병원 입원비 II (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

32. (무)첫날부터 입원(1~120일)특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-370

제 1 관 용어의 정의 VI-370

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-370

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-370

제 2-1 조의 3【'입원'의 정의와 장소】..... VI-370

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-370

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-370

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-371

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-372

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-372

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-372

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-372

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-372

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-373

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-373

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-373

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-373

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-373

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-374

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-374

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... VI-374

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-374

제 5 관 기타사항 Ⅵ-375

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-375

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-376
별표 2-2 질병 및 재해 분류표 Ⅵ-377
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-378

32. (무)첫날부터 입원(1~120일)특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'입원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 질병 및 재해분류표('별표 2-2 질병 및 재해분류표' 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 '질병 또는 재해'라 함)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 입원비 I ('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다만, 계약일부터 1년미만 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%를 지급합니다. (입원일수 1일당, 1회 입원당 120일 한도)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

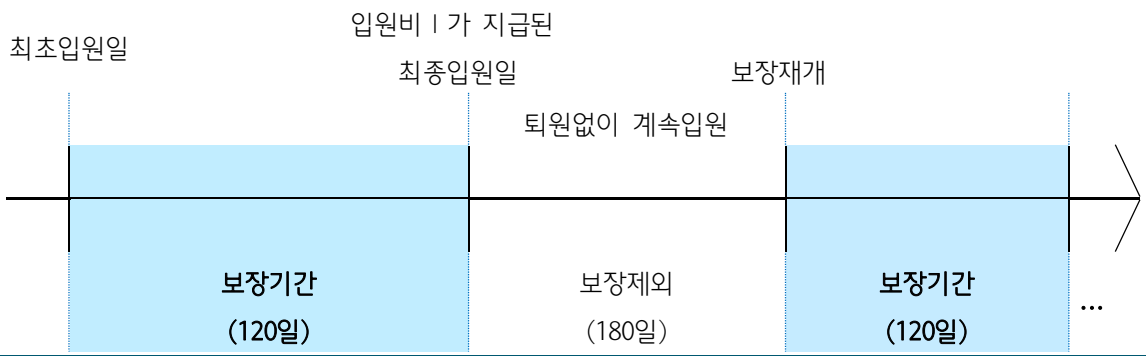
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 입원비Ⅰ의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원비Ⅰ가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 입원비Ⅰ를 지급합니다. 이때, 입원비Ⅰ가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원비Ⅰ가 지급된 최종입원일의 그 다음날부터 180일이 지난 후 새로운 입원이 개시된 것으로 봅니다.

【예시】



⑤ 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항에 따라 계속 입원비Ⅰ를 지급합니다. 다만, 보험기간이 끝난 후 제4항에 따라 간주된 새로운 입원의 입원기간에 대해서는 입원비Ⅰ를 지급하지 않습니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 입원비Ⅰ를 지급하며, 입원비Ⅰ가 동일한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원비Ⅰ를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병 또는 재해가 모두 입원치료가 필요한 질병 또는 재해인 경우에 한합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원비Ⅰ의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 입·퇴원확인서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
입원비 I (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(계약일부터 1년미만 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 보험금 지급사유 발생시 50%지급, 1회 입원당 120일 한도)	입원 1일당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 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 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 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 알콜중독으로 인한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 해당 질병 및 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
입원비 I (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

33. (무)첫날부터 입원(1~30일)특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-381

제 1 관 용어의 정의 VI-381

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-381

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-381

제 2-1 조의 3【'입원'의 정의와 장소】..... VI-381

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-381

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-381

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-382

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-383

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-383

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-383

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-383

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-383

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-384

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-384

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-384

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-384

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-384

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-385

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-385

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... VI-385

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-385

제 5 관 기타사항 Ⅵ-386

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-386

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-387
별표 2-2 질병 및 재해 분류표 Ⅵ-388
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-389

33. (무)첫날부터 입원(1~30일)특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

제2-1조의3【'입원'의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 질병 및 재해분류표('별표 2-2 질병 및 재해분류표' 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 '질병 또는 재해'라 함)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 입원비Ⅱ('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다만, 계약일부터 1년미만 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%를 지급합니다. (입원일수 1일당, 1회 입원당 30일 한도)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

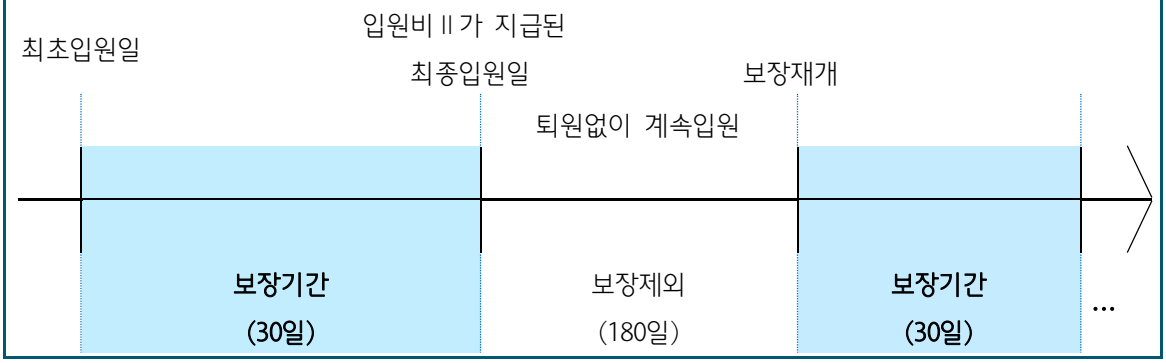
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 입원비Ⅱ의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원비Ⅱ가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 입원비Ⅱ를 지급합니다. 이때, 입원비Ⅱ가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원비Ⅱ가 지급된 최종입원일의 그 다음날부터 180일이 지난 후 새로운 입원이 개시된 것으로 봅니다.

【예시】



⑤ 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항에 따라 계속 입원비Ⅱ를 지급합니다. 다만, 보험기간이 끝난 후 제4항에 따라 간주된 새로운 입원의 입원기간에 대해서는 입원비Ⅱ를 지급하지 않습니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 입원비Ⅱ를 지급하며, 입원비Ⅱ가 동일한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원비Ⅱ를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병 또는 재해가 모두 입원치료가 필요한 질병 또는 재해인 경우에 한합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원비Ⅱ의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 입·퇴원확인서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
입원비 II (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(계약일부터 1년미만 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 보험금 지급사유 발생시 50%지급, 1회 입원당 30일 한도)	입원 1일당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 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 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 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 알콜중독으로 인한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 해당 질병 및 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
입원비 II (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

34. (무)첫날부터 종합병원입원(1~30일)특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-392

제 1 관 용어의 정의 VI-392

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-392

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-392

제 2-1 조의 3【'종합병원'의 정의】..... VI-392

제 2-1 조의 4【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】..... VI-393

제 2-1 조의 5【'입원'의 정의와 장소】..... VI-393

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-394

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-394

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-394

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-397

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-397

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-397

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-397

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-397

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-398

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-398

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-398

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-398

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-398

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-399

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅵ-399

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅵ-399

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅵ-399

제 5 관 기타사항 Ⅵ-400

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅵ-400

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-401

별표 2-2 질병 및 재해 분류표 Ⅵ-402

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-403

34. (무)첫날부터 종합병원입원(1~30일)특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【‘종합병원’의 정의】

이 특약에 있어서 ‘종합병원’이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원 (이하 ‘종합병원’이라 합니다)을 말합니다.

【의료법 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.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의4【법령 개정에 따른 특약내용의 변경】

① 제2-1조의3(‘종합병원’의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 ‘종합병원’ 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 ‘종합병원’ 제도의 변경으로 제2-1조의3(‘종합병원’의 정의)의 ‘종합병원’ 지정이 불가능한 경우

【예시】
종합병원 제도의 변경으로 종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 특약내용 변경일 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등에 대하여 계약자에게 2회 이상 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

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

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2-1조의5【‘입원’의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 ‘입원’이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 질병 및 재해분류표(‘별표 2-2 질병 및 재해분류표’ 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 ‘질병 또는 재해’라 함)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 1일 이상 계속하여 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 종합병원 입원비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다만, 계약일부터 1년 미만 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 보험금 지급사유 발생시 보험금의 50%를 지급합니다. (입원일수 1일당, 1회 입원당 30일 한도)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

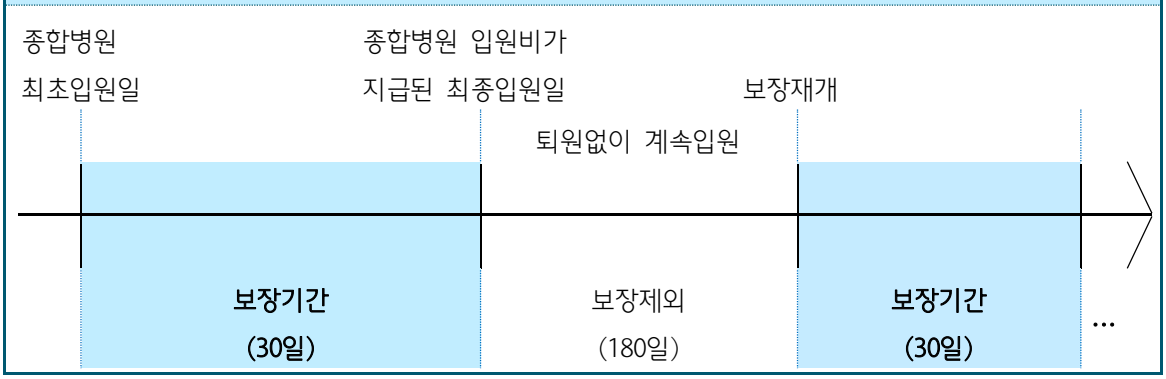
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 종합병원 입원비의 지급일수는 종합병원에 입원한 일수만을 합산하여 계산하며, 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 종합병원 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 종합병원 입원비를 지급합니다. 이때, 종합병원 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날부터 180일이 지난 후 새로운 입원이 개시된 것으로 봅니다.

【예시】



⑤ 피보험자가 종합병원 입원비 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항에 따라 계속 종합병원 입원비를 지급합니다. 다만, 보험기간이 끝난 후의 제4항에 따라 간주된 새로운 입원의 입원기간에 대해서는 종합병원 입원비를 지급하지 않습니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

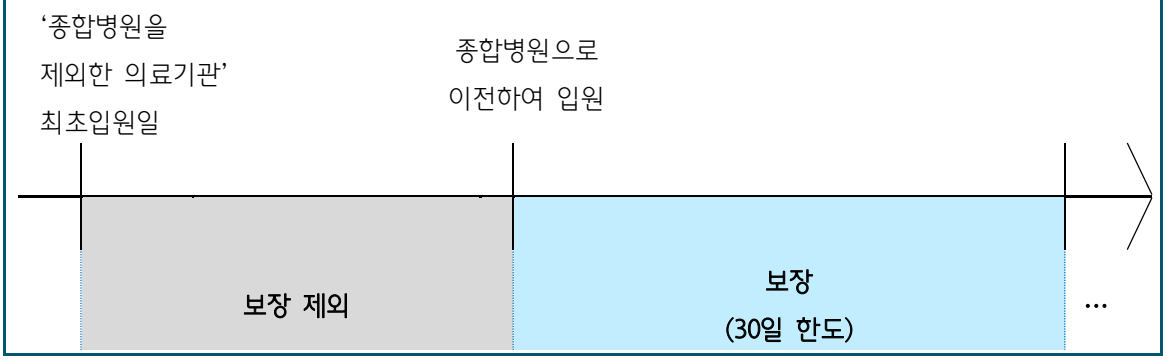
⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 이 특약에서 '동일한 재해'의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보장대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑨ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 종합병원에 입원한 경우에는 가장 높은 종합병원 입원비를 지급하며, 종합병원 입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 종합병원 입원비를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병 또는 재해가 모두 종합병원 입원치료가 필요한 질병 또는 재해인 경우에 한합니다.

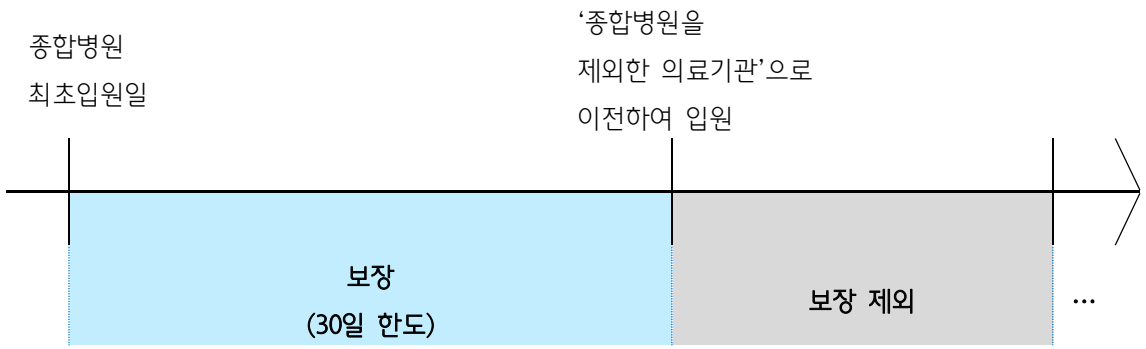
⑩ 피보험자가 '종합병원을 제외한 의료기관'에 입원하여 치료를 받던 중 제2-1조의3('종합병원'의 정의)에서 정한 종합병원으로 이전하여 입원한 경우, 이전하여 입원한 날을 포함하여 1일이상 계속하여 입원하였을 때 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 입원비를 지급합니다. 이 경우 제2항 내지 제9항을 동일하게 적용합니다.

【'종합병원을 제외한 의료기관'에서 종합병원으로 이전한 경우 예시】



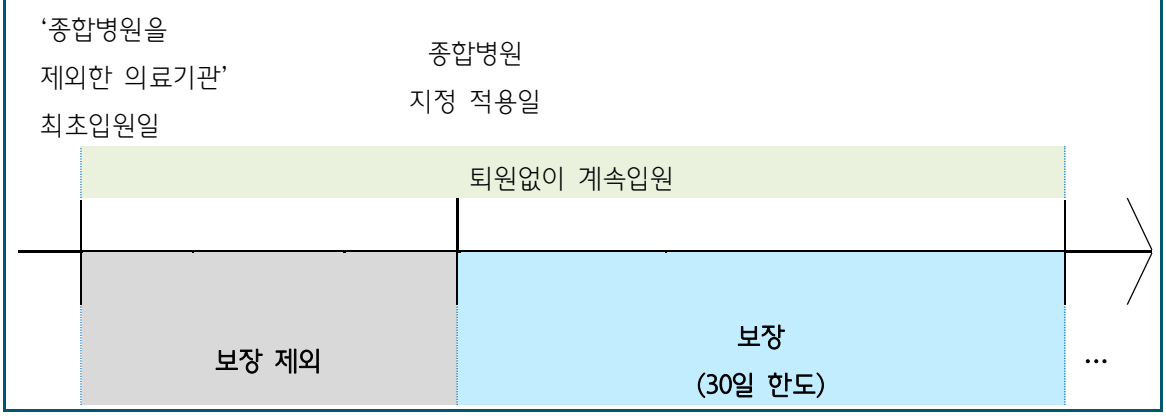
⑪ 피보험자가 제2-1조의3('종합병원'의 정의)에서 정한 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원을 제외한 의료기관'으로 이전하여 입원한 경우, 종합병원에 입원한 날까지 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 입원비를 지급합니다. 이 경우 제2항 내지 제9항을 동일하게 적용합니다.

【종합병원에서 '종합병원을 제외한 의료기관'으로 이전한 경우 예시】



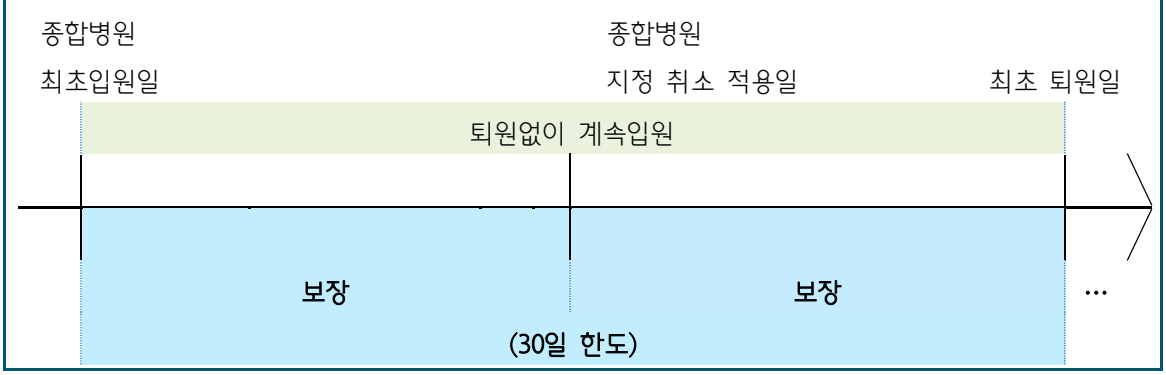
⑫ 피보험자가 '종합병원을 제외한 의료기관'에 입원하여 치료를 받던 중 해당 의료기관이 제2-1조의3('종합병원'의 정의)에서 정한 종합병원으로 지정되는 경우, 해당 병원의 종합병원 지정 적용일을 포함하여 1일이상 계속하여 입원 하였을 때 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 입원비를 지급합니다.

【'종합병원을 제외한 의료기관'에서 종합병원으로 지정되는 경우 예시】



⑬ 피보험자가 제2-1조의3('종합병원'의 정의)의 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원 지정이 취소된 경우라도 최초 퇴원일까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 입원비를 지급합니다. 이 경우 제2항 내지 제9항을 동일하게 적용하되, 제4항에 따라 간주된 새로운 입원의 입원기간에 대해서는 종합병원 입원비를 지급하지 않습니다.

【종합병원 입원 중에 종합병원 지정이 취소된 경우 예시】



⑭ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 입·퇴원확인서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② “해약환급금 미지급형 상품”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: “표준형 상품”의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. "해약환급금 미지급형 상품"이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 "표준형 상품"의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. "표준형 상품"의 해약환급금은 "해약환급금 미지급형 상품"과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 "해약환급금 미지급형 상품"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 "해약환급금 미지급형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 "표준형 상품"의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
종합병원 입원비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(계약일부터 1년 미만 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 보험금 지급사유 발생시 50%지급, 1회 입원당 30일 한도)	입원 1일당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 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 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 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 알콜중독으로 인한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 해당 질병 및 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
종합병원 입원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

35. (무)첫날부터 중환자실입원(1~60일)특약(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 VI-406

제 1 관 용어의 정의 VI-406

제 2-1 조【용어의 정의】..... VI-406

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... VI-406

제 2-1 조의 3【'중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)'의 정의】 VI-406

제 2-1 조의 4【'입원'의 정의와 장소】..... VI-407

제 2 관 보험금의 지급 등 VI-407

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... VI-407

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... VI-408

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... VI-409

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... VI-409

제 2-6 조【사고증명서】..... VI-410

제 3 관 특약의 성립과 유지 VI-410

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... VI-410

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... VI-410

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... VI-410

제 2-10 조【특약의 갱신】..... VI-411

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... VI-411

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... VI-411

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... VI-411

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 VI-412

제 2-14 조【계약자의 임의해지】 Ⅵ-412
제 2-15 조【해약환급금】 Ⅵ-412

제 5 관 기타사항 Ⅵ-413

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】 Ⅵ-413

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅵ-414
별표 2-2 질병 및 재해 분류표 Ⅵ-415
별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅵ-416

35. (무)첫날부터 중환자실입원(1~60일)특약(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간**: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)'의 정의】

이 특약에 있어서 '중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)'(이하 '중환자실'이라 합니다)이라 함은 의료법 제 36 조(준수사항) 제 1 호 및 동법 시행규칙 제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 중환자실의 시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실을 말합니다.

【의료법 제36조(준수사항)】
제33조 제2항 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
【의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)】
법 제36조 제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표3과 같고, 그 시설규격은 별표4와 같다.
【의료법 시행규칙 별표3(의료기관의 종류별 시설기준)】
중환자실 : 병상이 300개 이상인 종합병원만 해당한다.
【의료법 시행규칙 별표4(의료기관의 시설규격)】
2. 중환자실 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다. 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

※ 향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2-1조의4【'입원'의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 '입원'이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 질병 및 재해분류표('별표 2-2 질병 및 재해분류표' 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 '질병 또는 재해'라 함)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속하여 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 중환자실 입원비('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)를 지급합니다. 다만, 입원일수 1일당, 1회 입원당 60일 한도로 합니다.

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

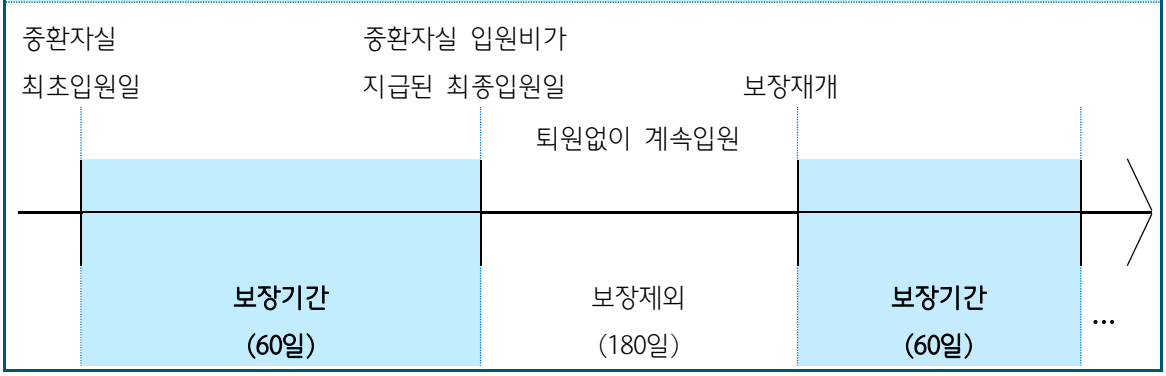
① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 중환자실 입원비의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고 한도로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 중환자실 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 중환자실 입원비를 지급합니다. 이때, 중환자실 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 중환자실에 입원중인 경우에는 중환자실 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날부터 180일이 지난 후 새로운 입원이 개시된 것으로 봅니다.

【예시】



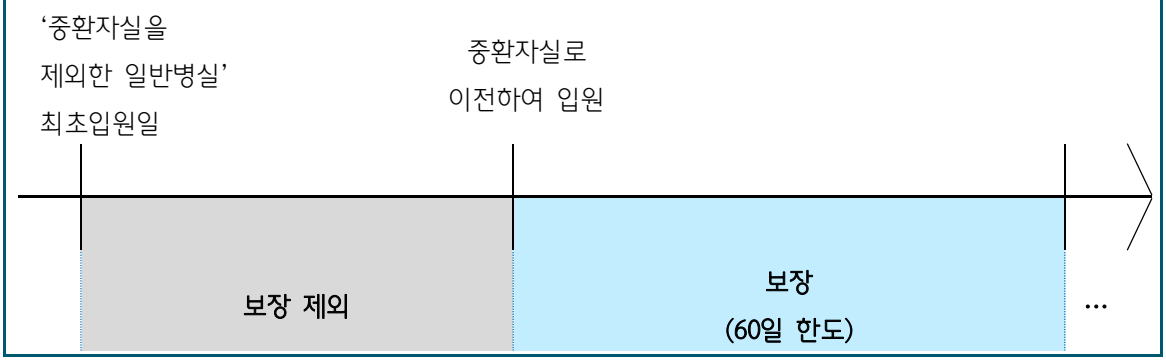
⑤ 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항에 따라 계속 중환자실 입원비를 지급합니다. 다만, 보험기간이 끝난 후 제4항에 따라 간주된 새로운 입원의 입원기간에 대해서는 중환자실 입원비를 지급하지 않습니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 중환자실에 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 그 치료를 직접목적으로 중환자실에 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 중환자실에 입원한 경우에는 가장 높은 중환자실 입원비를 지급하며, 중환자실 입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 중환자실 입원비를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병 또는 재해가 모두 입원치료가 필요한 질병 또는 재해인 경우에 한합니다.

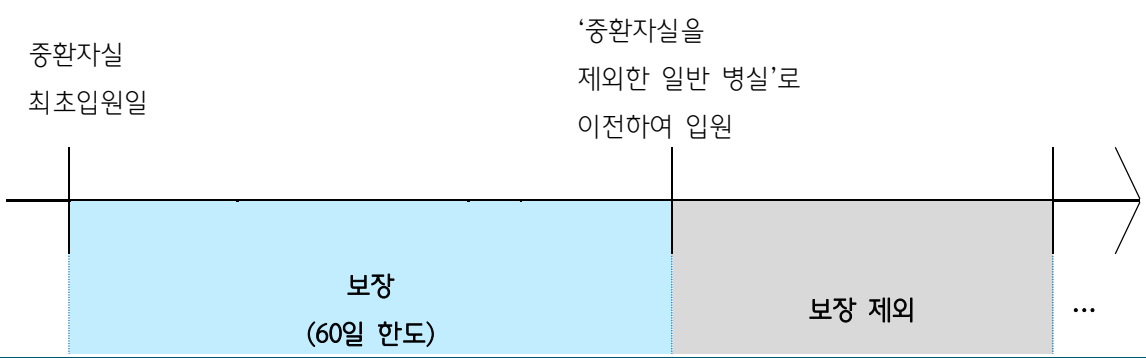
⑧ 피보험자가 ‘중환자실을 제외한 일반 병실’에 입원하여 치료를 받던 중 제2-1조의3(‘중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)’의 정의)에서 중환자실로 이전하여 입원한 경우, 이전하여 입원한 날을 포함하여 1일이상 계속하여 입원하였을 때 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실 입원비를 지급합니다. 이 경우 제2항 내지 제7항을 동일하게 적용합니다.

【‘중환자실을 제외한 일반 병실’에서 중환자실로 이전한 경우 예시】



⑨ 피보험자가 제2-1조의3(‘중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)’의 정의)에서 정한 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 ‘중환자실을 제외한 일반병실’로 이전하여 입원한 경우, 중환자실에 입원한 날까지 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실 입원비를 지급합니다. 이 경우 제2항 내지 제7항을 동일하게 적용합니다.

【중환자실에서 ‘중환자실을 제외한 일반 병실’로 이전한 경우 예시】



⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 중환자실 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

제2-4조【“보험금 등을 지급하지 않는 사유”에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【“보험금 받는 방법의 변경”에 대한 특칙】

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 입·퇴원확인서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

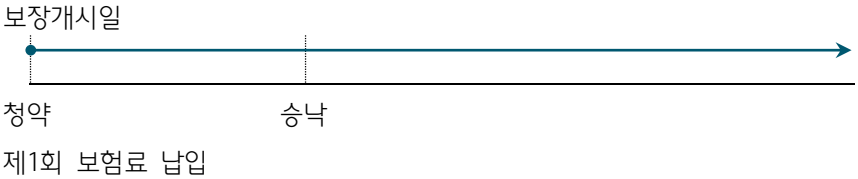
【보장개시일】

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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【"해약환급금 미지급형 상품" 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형 상품"은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 "표준형 상품"의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 상품" 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
중환자실 입원비 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 60일 한도)	입원 1일당 특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 모두 발생하여 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 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 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 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 알콜중독으로 인한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

(주)

1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 해당 질병 및 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병 및 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
중환자실 입원비 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

36. (무)통풍 진단특약II(간편심사형) 목차
(해약환급금 미지급형, 표준형)

제 2 편 개별사항 V-419

제 1 관 용어의 정의 V-419

제 2-1 조【용어의 정의】..... V-419

제 2-1 조의 2【특약의 보험기간】..... V-419

제 2-1 조의 3【'통풍'의 정의 및 진단확정】..... V-419

제 2 관 보험금의 지급 등 V-419

제 2-2 조【보험금의 지급사유】..... V-419

제 2-3 조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... V-420

제 2-4 조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】..... V-420

제 2-5 조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】..... V-420

제 2-6 조【사고증명서】..... V-420

제 3 관 특약의 성립과 유지 V-421

제 2-7 조【특약의 보장개시】..... V-421

제 2-8 조【피보험자의 범위】..... V-421

제 2-9 조【보험수익자의 지정】..... V-421

제 2-10 조【특약의 갱신】..... V-422

제 2-11 조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】..... V-422

제 2-12 조【"특약의 무효"에 대한 특칙】..... V-422

제 2-13 조【특약내용의 변경 등】..... V-422

제 4 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅴ-423

제 2-14 조【계약자의 임의해지】..... Ⅴ-423

제 2-15 조【해약환급금】..... Ⅴ-423

제 5 관 기타사항 Ⅴ-424

제 2-16 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅴ-424

별표 2-1 보험금 지급기준표 Ⅴ-425

별표 2-2 통풍 분류표..... Ⅴ-426

별표 2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... Ⅴ-427

36. (무)통풍 진단특약II(간편심사형) 약관
(해약환급금 미지급형, 표준형)

※ 이 특약은 계약자가 주계약과 동일 유형으로 청약하고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의

제2-1조【용어의 정의】

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

가. **보험료 납입기간** : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2【특약의 보험기간】

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

제2-1조의3【'통풍'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '통풍'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 통풍 분류표('별표2-2 통풍 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '통풍'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다.

제2관 보험금의 지급 등

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제2-2조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '통풍'으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 통풍 진단자금('별표2-1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년미만 진단 확정시 해당 진단자금의 50%를 지급합니다.)

제2-3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 다음 회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약의 보험료 납입 면제가 '보험료의 납입을 면제하는 특약'(이하 '납입면제특약'이라 합니다)에 의해 납입면제가 된 경우 납입면제특약의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 납입면제특약의 약관에서 정한 '납입면제 대상계약'에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

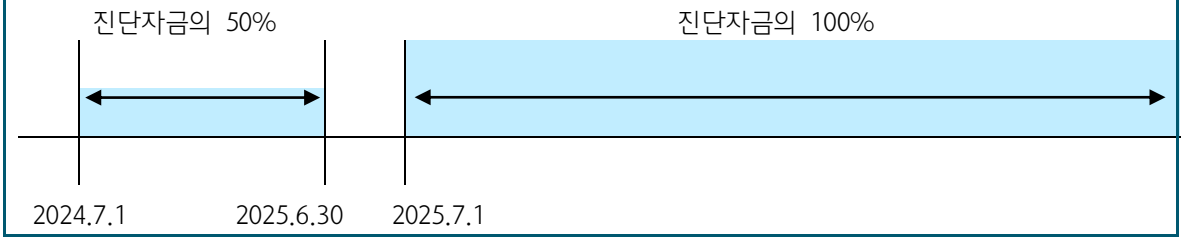
② 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제2-2조(보험금의 지급사유) 에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

【예시】

계약일: 2024년 7월 1일

계약일로부터 1년미만 시점: 2025년 6월 30일

계약일로부터 1년이상 시점: 2025년 7월 1일



③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 '통풍'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 통풍 진단자금을 지급합니다.

【'직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우' 설명】

여러 요인 중 사망이라는 결과를 일으킨 결정적인 요인으로 확인된 경우를 말합니다.

④ 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제2-4조【"보험금 등을 지급하지 않는 사유"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-5조【"보험금 받는 방법의 변경"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-6조【사고증명서】

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제2-7조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제2-8조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 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 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【설명】

· 직계비속: 아들, 딸, 손자, 손녀 등과 같이 본인으로부터 출생된 친족으로 양자도 양부모의 직계비속입니다.

· 직계존속: 부모, 친조부모, 외조부모와 같이 본인을 출생토록 한 친족으로 양부모도 양자의 직계존속입니다.

· 방계혈족: 자신과 같은 시조로부터 갈려 나간 혈족으로, 4촌 이내의 방계혈족은 삼촌, 고모, 이모, 사촌형제자매 등과 같은 관계의 혈족을 말합니다.

제2-10조【특약의 갱신】

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조【"특약의 소멸"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-12조【"특약의 무효"에 대한 특칙】

이 특약은 특칙을 적용 하지 않습니다.

제2-13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 이로 인해 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.

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

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-14조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-15조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제2-15조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② "해약환급금 미지급형 상품"의 해약환급금은 다음과 같습니다.

1. 납입기간 이내: 해약환급금 없음
2. 납입기간 후: "표준형 상품"의 해약환급금의 50%

【해약환급금 예시(2024년 1월 1일 계약, 10년납)】

경과월	해약환급금		비고
	표준형	해약환급금 미지급형	
1	10,000	0	
2	20,000	0	납입기간
:	:	:	이내(2024.1.1~2033.12.31)
119	1,190,000	0	해약환급금 없음
120	**1,200,000**	**0**	
121	**1,210,000**	**605,000**	납입기간 후(2034.1.1~)
122	1,220,000	610,000	표준형 상품
:	:	:	해약환급금의 50%

※ 위의 해약환급금은 임의의 예시금액으로 실제 가입조건(나이, 성별, 납입기간, 가입금액 등) 및 납입여부에 따라 해약환급금은 상이합니다.

【“해약환급금 미지급형 상품” 관련 유의사항】

1. “해약환급금 미지급형 상품”은 보험료 납입기간 중 특약을 해지하는 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 “표준형 상품”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 “표준형 상품” 보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. “해약환급금 미지급형 상품”이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 없습니다. 다만, 보험료 납입이 완료된 이후 해지될 경우 해약환급금은 “표준형 상품”의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
3. “표준형 상품”의 해약환급금은 “해약환급금 미지급형 상품”과 달리 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 “해약환급금 미지급형 상품”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준을 “표준형 상품”의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 수준과 비교하여 안내합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제1-16조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-16조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표2-1 보험금 지급기준표

급부명	지급사유	지급금액
통풍 진단자금 (제2-2조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '통풍'으로 진단이 확정되었을 때 (계약일부터 1년미만 진단확정시 50%지급, 최초 1회 한함)	특약 보험가입금액의 100%

(주)

1. 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 '통풍 진단자금'의 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 이 특약의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

별표2-2 통풍 분류표

약관에서 규정하는 '통풍'이라 함은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통풍 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
통풍	M10

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 통풍 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2-3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제2-3조 및 제2-15조 관련)

구분	기간	지급이자
통풍 진단자금 (제2-2조)	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 (제2-15조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

01. (무)50%장해 납입면제특약(간편심사형) 목차

제 1 관 목적 및 용어의 정의 Ⅶ-3

제 1 조 【목적】 Ⅶ-3

제 2 조 【용어의 정의】 Ⅶ-3

제 2 관 보험료의 납입면제 Ⅶ-4

제 3 조 【보험료 납입면제사유】 Ⅶ-4

제 4 조 【보험료 납입면제에 관한 세부규정】 Ⅶ-4

제 5 조 【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 Ⅶ-5

제 6 조 【보험료 납입면제의 청구】 Ⅶ-6

제 7 조 【보험료 납입면제의 절차】 Ⅶ-6

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅶ-7

제 8 조 【특약의 체결】 Ⅶ-7

제 9 조 【특약의 소멸】 Ⅶ-8

제 10 조 【피보험자의 범위】 Ⅶ-9

제 11 조 【특약의 보장개시】 Ⅶ-9

제 12 조 【특약의 무효】 Ⅶ-10

제 13 조 【특약내용의 변경 등】 Ⅶ-11

제 14 조 【특약의 보험기간】 Ⅶ-11

제 4 관 보험료의 납입 Ⅶ-11

제 15 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 Ⅶ-11

제 16 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 Ⅶ-11

제 17 조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 Ⅶ-12

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅶ-12

제 18 조【계약자의 임의해지】 Ⅶ-12
제 19 조【해약환급금】 Ⅶ-13
제 20 조【보험계약대출】 Ⅶ-13

제 6 관 기타사항 Ⅶ-13

제 21 조【주계약 약관의 준용】 Ⅶ-13

별표 1 재해분류표 Ⅶ-14
별표 2 장해분류표 Ⅶ-15
별표 3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅶ-40

01. (무)50%장해 납입면제특약(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험료 납입면제사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

가. **계약자**: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. **보험수익자**: 제3조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제사유에 따라 보험료의 납입을 면제 받는 사람을 말하며 이 특약에서는 계약자로 합니다.

다. **보험증권**: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

【피보험자】
보험계약에서 사망, 장해 또는 생존 등의 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 보험계약자 자신이 피보험자가 될 수도 있고 제3자를 피보험자로 할 수도 있습니다. 다만, 특정한 경우에는 피보험자의 자격이 제한될 수 있습니다.

마. **주계약**: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

바. **납입면제 대상계약**: 주계약 및 계약 체결당시 부가된 특약 중 주계약과 납입기간이 동일한 특약을 말합니다. 다만, 아래에 정하는 사항 중 어느 하나에 해당하는 계약은 제외합니다.

1) 이 특약의 납입면제사유 중 일부 또는 전부를 납입면제 또는 소멸 사유로 하는 주계약 및 특약

2) 보험료 납입면제특약

2. 지급사유 관련 용어

가. **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.

나. **재해**: '별표1 재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. **장해**: '별표2 장해분류표'에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

라. **의료기관**: 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

마. **의사**: 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 의사 또는

한의사 면허를 가진자를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

- 1년차 이자 = 100원(원금) x 10% = 10원
- 2년차 이자 = (100원(원금) +10원(1년차 이자)) x 10% = 11원

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. **평균공시이율**: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. **해약환급금**: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간**: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. **영업일**: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」[약관 내 인용조문 참조]에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험료의 납입면제

제2관에서는 보험료 납입면제 및 보험료 납입면제 제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제3조【보험료 납입면제사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 장해분류표('별표2 장해분류표' 참조, 이하 '장해분류표'라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 다음 회 이후 납입면제 대상계약의 보험료 및 이 특약의 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

제4조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

① 제3조(보험료의 납입면제사유)에서 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, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항 및 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고,

보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제3조(보험료의 납입면제사유)의 경우 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

【설명】

"하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우"라 함은 하나의 장해가 다른 장해의 당연한 결과로 수반되며, 장해가 발생한 신체부위 및 기능에 있어서도 밀접한 연관이 있어 사회통념상 굳이 별개의 장해로 취급할 필요성이 인정되지 않는 경우를 말합니다.

④ 제3조(보험료의 납입면제사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 '한시장해'라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑤ 제3조(보험료의 납입면제사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 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.

⑦ 이 특약에서 '동일한 재해'라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑧ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 계약자와 회사가 제3조(보험료 납입면제사유)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 합니다.

제5조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조【보험료 납입면제의 청구】

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 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 포함)
4. 기타 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조【보험료 납입면제의 절차】

① 회사는 제6조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사가 보험료 납입면제사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 보험료 납입면제 기일 이내에 보험료 납입을 면제하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 납입면제 예정일에 대하여 피보험자 또는 계약자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약의 '분쟁의 조정'조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제3항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제9항에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및

제2항의 보험료 납입면제사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 보험료 납입면제 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

"정당한 사유"라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

④ 회사는 제3항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다

제3관 특약의 성립과 유지

제8조【특약의 체결】

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

【청약】

계약자가 회사에 대하여 일정한 보험계약을 체결할 것을 목적으로 하는 의사표시로서 이를 회사가 승낙하면 계약이 성립합니다.

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

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

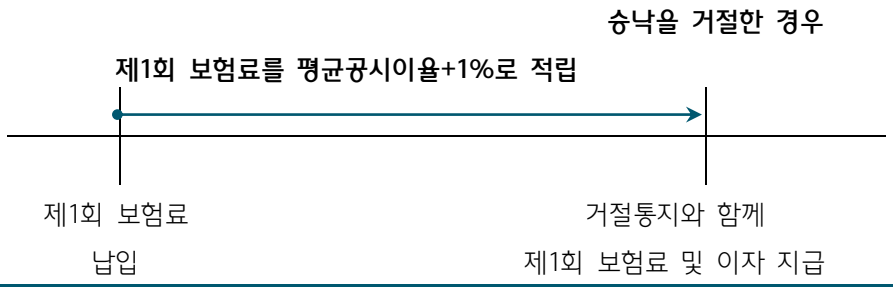
【보험료 할증】

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

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

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

【설명】



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

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제9조【특약의 소멸】

① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 소멸되고 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우
3. 제3조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유 이외의 사유로 납입면제 대상계약의 보험료 납입이 모두 면제된 경우

② 제1항 제3호의 사유로 특약의 효력이 없어진 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 보험료 납입이 면제된 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 계약자는 제6조(보험료 납입면제의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구해야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제7조(보험료 납입면제의 절차)의 규정을 따르며, 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 계산방법을 기재한 서류입니다.

③ 제1항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 「민법」 제27조[약관 내 인용조문 참조]에서 정하는 기간 이상으로 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【연명의료】

임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 시행령」으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말합니다.

【연명의료 중단 등 결정】

임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말합니다.

제10조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제11조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

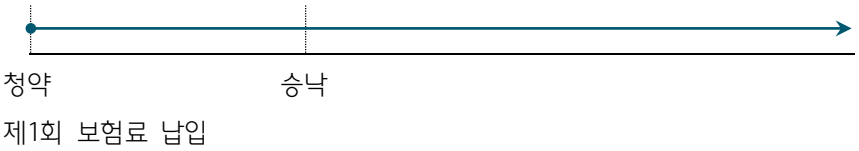
【보장개시일】

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.

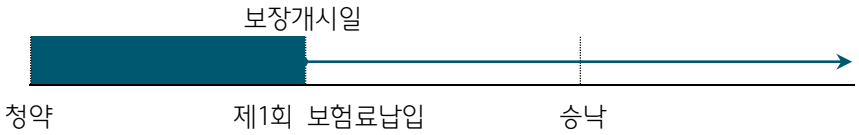
【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제12조【특약의 무효】

① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 이 특약의 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.

【설명】

'특약에서 정한 피보험자의 나이'라 함은 특약체결당시 사업방법서에서 정한 가입가능한 나이를 말합니다.

【예시】

사업방법서에서 정한 가입가능한 나이가 20세 ~ 70세인 상품의 경우

특약체결시 피보험자의 나이가 19세인 경우 ⇒ 무효
특약체결시 피보험자의 나이가 71세인 경우 ⇒ 무효

② 제1항에도 불구하고 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '상품공시실' 내 '적용이율공시'에서 공시합니다.

③ 간편심사형의 계약일부터 3개월이 지나지 않은 간편심사형의 피보험자를 대상으로 계약자가 일반심사보험에 청약하는 경우, 회사는 해당 피보험자가 일반심사형에 가입 가능한지 여부를 심사합니다. 이때 일반심사형에 가입이 가능한 경우에는 기존 간편심사형 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려주고 일반심사형에 가입할 수 있음을 안내합니다. 다만,

간편심사형 계약의 보험금이 이미 지급되거나 약관에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.

제13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각호의 사유로 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산된 해약환급금 중 해당계약에 대한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 이 경우 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나, 해약환급금이 없을 수 있습니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 해지된 경우
2. 납입면제 대상계약 내용의 변경으로 인해 납입면제 대상계약 보험료가 변경된 경우

③ 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 사유가 발생할 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 당시의 계약자적립액 중 해당계약에 대한 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 보험금 지급사유로 인해 더 이상 효력이 없어진 경우
2. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 이 특약에서 정한 납입면제 사유 이외의 사유로 보험료 납입면제가 발생한 경우

④ 회사는 납입면제 대상계약(주계약 제외)의 무효, 취소, 철회가 발생한 경우 해당 계약을 납입면제 대상계약에서 제외하며, 이미 납입한 보험료 중 해당 계약에 대한 보험료는 계약자에게 돌려드립니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 사유로 인하여 특약 내용의 변경이 있는 경우 계약자는 변경된 납입면제 대상계약을 기준으로 산출한 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험료 납입면제사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 보험기간으로 합니다.

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

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 제3조(보험료 납입면제사유)에서 정한 바에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

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

③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

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

③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

【부활(효력회복)】
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일
【설명】
계약의 부활(효력회복)을 신청하는 경우 가입경로에 따라 방법이 상이하며 부활시점이나 상품에 따라 부활 절차가 달라질 수 있습니다. 부활절차에 관한 사항은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '고객상담' 내 '자주하는문의' 혹은 콜센터(1577-1112)를 통해 확인할 수 있습니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제11조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】
"제11조(특약의 보장개시)를 준용"한다는 뜻은 "제11조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용"한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제3조(보험료

납입면제사유)에서 정한 납입면제사유가 발생한 후에는 주계약을 해지하는 경우에만 이 특약을 해지할 수 있습니다.

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

제19조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제20조【보험계약대출】

① 계약자는 이 특약의 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.

【순수보장성보험】
생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말합니다.

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

③ 회사는 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 기타사항

제21조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 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 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 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)

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

⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 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 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표2 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 장해지급률로 한다.
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(어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈) 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 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 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 그중 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 조절기능장해를 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 시력 검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.

2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.

3) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구(눈동자)의 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.

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

나) 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 안구(눈동자)의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구(눈동자)가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 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

장해의 분류	지급률
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 장해 상태를 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 장해

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	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4

항목	내용	점수
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능장해소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	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.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 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 개구(입벌리기)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구(입벌리기)운동 제한이나 저작(씹기)운동 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 때를 말한다.

가) 뚜렷한 개구(입벌리기)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우

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

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

라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 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 때를 말한다.

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

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

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

라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구(입벌리기)장해는 턱관절의 이상으로 개구(입벌리기)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입벌리기)상태에서 위· 아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 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 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우

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

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

가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

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

가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우

나) 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 후유장해로 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(반흔(흉터)성형술, 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 성형수술(반흔(흉터)성형술, 레이저치료 등 포함)을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

4) 다발성 반흔(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔(흉터)은 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

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 5cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 2cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

가) 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.

나) 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 척추(등뼈)와 가장 인접한 상. 하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의

감소비를 압박률로 정한다.

다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 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.

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

나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

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

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 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

라) 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.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 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.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 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 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골(어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈)의 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) '골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

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

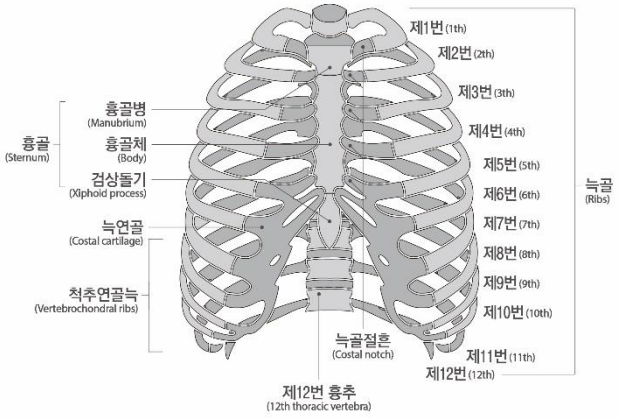
나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

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

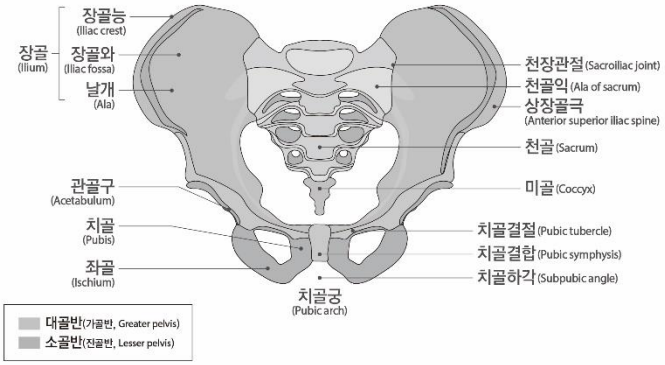
3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

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.

[가슴뼈(흉골)]



[골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)]



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

장해의 분류	지급률
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. 단, 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 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 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.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 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.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 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.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 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 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 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 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 후유장해지급률은 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

장해의 분류	지급률
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 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 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 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 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 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 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 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 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서

근력이 2등급(poor)인 경우

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

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

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

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 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 각변형이 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

장해의 분류	지급률
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. 단, 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 단축 없이 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 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 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 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. 단, 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) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.

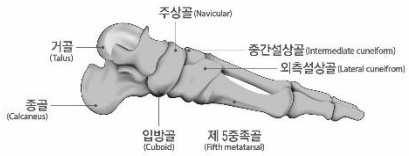
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

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 1/2 이하로 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 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) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75

장해의 분류	지급률
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

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

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

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

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

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

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

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

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

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

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

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때

나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태

다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

다) 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) 흉복부, 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 흉복부 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 남긴때	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

가) '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.

나) 위 가)의 경우 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 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 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 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.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준'주) 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※주) 능력장해측정기준의 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

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

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

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 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.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상후 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

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

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) '뇌전증'이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) '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.

라) '뚜렷한 뇌전증 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) '약간의 뇌전증 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) '중증발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) '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 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 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 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 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 대소변후 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%)

* ADLs : 'Activities of Daily Living scale'의 약자로 일상생활에서 필요한 기본동작들을 얼마나 잘 수행할 수 있는지 평가하는 기준

별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제9조 제2항 및 제19조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
계약자적립액 (제9조 제2항)	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 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제7조(보험료 납입면제의 절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

02. (무)50%장해 납입면제특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 1 관 목적 및 용어의 정의 Ⅶ-43

제 1 조 【목적】 Ⅶ-43

제 2 조 【용어의 정의】 Ⅶ-43

제 2 관 보험료의 납입면제 Ⅶ-45

제 3 조 【보험료 납입면제사유】 Ⅶ-45

제 4 조 【보험료 납입면제에 관한 세부규정】 Ⅶ-45

제 5 조 【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 Ⅶ-46

제 6 조 【보험료 납입면제의 청구】 Ⅶ-46

제 7 조 【보험료 납입면제의 절차】 Ⅶ-46

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅶ-47

제 8 조 【특약의 체결】 Ⅶ-47

제 9 조 【특약의 소멸】 Ⅶ-49

제 10 조 【피보험자의 범위】 Ⅶ-50

제 11 조 【특약의 보장개시】 Ⅶ-50

제 12 조 【특약의 무효】 Ⅶ-50

제 13 조 【특약내용의 변경 등】 Ⅶ-51

제 14 조 【특약의 보험기간】 Ⅶ-52

제 15 조 【특약의 갱신】 Ⅶ-52

제 4 관 보험료의 납입 Ⅶ-53

제 16 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 Ⅶ-53

제 17 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 Ⅶ-53

제 18 조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 Ⅶ-53

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅶ-54
제 19 조【계약자의 임의해지】 Ⅶ-54
제 20 조【해약환급금】 Ⅶ-54
제 21 조【보험계약대출】 Ⅶ-54

제 6 관 기타사항 Ⅶ-54
제 22 조【주계약 약관의 준용】 Ⅶ-54

별표 1 재해분류표 Ⅶ-55
별표 2 장해분류표 Ⅶ-56
별표 3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅶ-81

02. (무)50%장해 납입면제특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험료 납입면제사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

가. **계약자**: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. **보험수익자**: 제3조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제사유에 따라 보험료의 납입을 면제 받는 사람을 말하며 이 특약에서는 계약자로 합니다.

다. **보험증권**: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

【피보험자】
보험계약에서 사망, 장해 또는 생존 등의 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 보험계약자 자신이 피보험자가 될 수도 있고 제3자를 피보험자로 할 수도 있습니다. 다만, 특정한 경우에는 피보험자의 자격이 제한될 수 있습니다.

마. **주계약**: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

바. **납입면제 대상계약**: 주계약 및 계약 체결당시 부가된 특약 중 주계약과 납입기간이 동일한 특약을 말합니다. 다만, 아래에 정하는 사항 중 어느 하나에 해당하는 계약은 제외합니다.

1) 이 특약의 납입면제사유 중 일부 또는 전부를 납입면제 또는 소멸 사유로 하는 주계약 및 특약

2) 보험료 납입면제특약

2. 지급사유 관련 용어

가. **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.

나. **재해**: '별표1 재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

다. **장해**: '별표2 장해분류표'에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

라. **의료기관**: 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

마. **의사**: 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 의사 또는

한의사 면허를 가진자를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

- 1년차 이자 = 100원(원금) x 10% = 10원
- 2년차 이자 = (100원(원금) +10원(1년차 이자)) x 10% = 11원

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. **평균공시이율**: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. **해약환급금**: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간**: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. **영업일**: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」[약관 내 인용조문 참조]에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

5. 갱신관련 용어

가. **최초계약**: 갱신형 특약이 주계약을 체결할 때 제8조(특약의 체결 및 소멸)에 따라 최초로 체결되는 경우 그 계약을 말합니다.

나. **갱신계약**: 특약의 보험기간이 끝난 후 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우 갱신되는 계약을 말합니다.

다. **갱신일**: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 '갱신전 계약'이라 합니다)의 보험기간이 끝나는 날의 다음 날을 말합니다.

【갱신형 특약】

일정주기로 위험률의 변경, 보험나이의 증가 등이 반영되어 계약이 갱신되는 특약을 말하며, 특약명칭에 "갱신형"이라고 명기되어 있습니다.

라. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일**: 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

제2관 보험료의 납입면제

제2관에서는 보험료 납입면제 및 보험료 납입면제 제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제3조【보험료 납입면제사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 장해분류표('별표2 장해분류표' 참조, 이하 '장해분류표'라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 다음 회 이후 납입면제 대상계약의 보험료 및 이 특약의 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

제4조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

① 제3조(보험료의 납입면제사유)에서 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, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항 및 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 제3조(보험료의 납입면제사유)의 경우 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

> **【설명】**
> "하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우"라 함은 하나의 장해가 다른 장해의 당연한 결과로 수반되며, 장해가 발생한 신체부위 및 기능에 있어서도 밀접한 연관이 있어 사회통념상 굳이 별개의 장해로 취급할 필요성이 인정되지 않는 경우를 말합니다.

④ 제3조(보험료의 납입면제사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 '한시장해'라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑤ 제3조(보험료의 납입면제사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 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.

⑦ 이 특약에서 '동일한 재해'라 함은 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑧ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여

장해지급률을 결정합니다.

⑨ 계약자와 회사가 제3조(보험료 납입면제사유)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 합니다.

제5조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조【보험료 납입면제의 청구】

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 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 포함)
4. 기타 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조【보험료 납입면제의 절차】

① 회사는 제6조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사가 보험료 납입면제사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 보험료 납입면제 기일 이내에 보험료 납입을 면제하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 납입면제 예정일에 대하여 피보험자 또는 계약자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약의 '분쟁의 조정'조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제3항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제9항에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 보험료 납입면제 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

"정당한 사유"라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

④ 회사는 제3항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다

제3관 특약의 성립과 유지

제8조【특약의 체결】

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

【청약】

계약자가 회사에 대하여 일정한 보험계약을 체결할 것을 목적으로 하는 의사표시로서 이를 회사가 승낙하면 계약이 성립합니다.

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

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

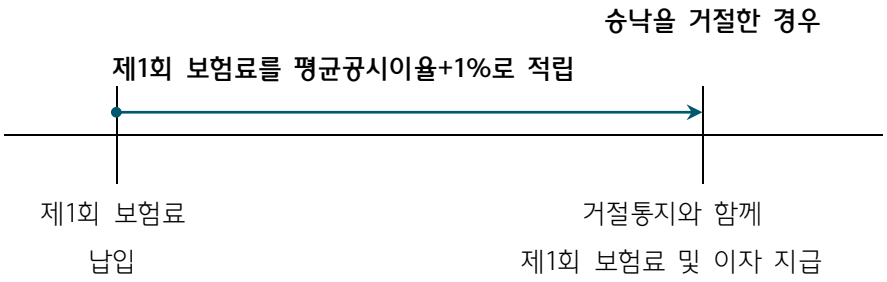
【보험료 할증】

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

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

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

【설명】



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

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제18조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진

경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제9조【특약의 소멸】

① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 소멸되고 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우
3. 제3조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유 이외의 사유로 납입면제 대상계약의 보험료 납입이 모두 면제된 경우

② 제1항 제3호의 사유로 특약의 효력이 없어진 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 보험료 납입이 면제된 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 계약자는 제6조(보험료 납입면제의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구해야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제7조(보험료 납입면제의 절차)의 규정을 따르며, 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 계산방법을 기재한 서류입니다.

③ 제1항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 「민법」 제27조[약관 내 인용조문 참조]에서 정하는 기간 이상으로 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【연명의료】

임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 시행령」으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말합니다.

【연명의료 중단 등 결정】

임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말합니다.

제10조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제11조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

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

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제12조【특약의 무효】

① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 이 특약의 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.

【설명】

‘특약에서 정한 피보험자의 나이’라 함은 특약체결당시 사업방법서에서 정한 가입가능한 나이를

말합니다.

【예시】

사업방법서에서 정한 가입가능한 나이가 20세 ~ 70세인 상품의 경우

특약체결시 피보험자의 나이가 19세인 경우 ⇒ 무효
특약체결시 피보험자의 나이가 71세인 경우 ⇒ 무효

② 제1항에도 불구하고 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '상품공시실' 내 '적용이율공시'에서 공시합니다.

③ 간편심사형의 계약일부터 3개월이 지나지 않은 간편심사형의 피보험자를 대상으로 계약자가 일반심사보험에 청약하는 경우, 회사는 해당 피보험자가 일반심사형에 가입 가능한지 여부를 심사합니다. 이때 일반심사형에 가입이 가능한 경우에는 기존 간편심사형 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려주고 일반심사형에 가입할 수 있음을 안내합니다. 다만, 간편심사형 계약의 보험금이 이미 지급되거나 약관에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.

제13조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각호의 사유로 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산된 해약환급금 중 해당계약에 대한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 이 경우 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나, 해약환급금이 없을 수 있습니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 해지된 경우
2. 납입면제 대상계약 내용의 변경으로 인해 납입면제 대상계약 보험료가 변경된 경우

③ 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 사유가 발생할 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 당시의 계약자적립액 중 해당계약에 대한 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 보험금 지급사유로 인해 더 이상 효력이 없어진 경우
2. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 이 특약에서 정한 납입면제 사유 이외의 사유로 보험료 납입면제가 발생한 경우

④ 회사는 납입면제 대상계약(주계약 제외)의 무효, 취소, 철회가 발생한 경우 해당 계약을 납입면제 대상계약에서 제외하며, 이미 납입한 보험료 중 해당 계약에 대한 보험료는 계약자에게 돌려드립니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 사유로 인하여 특약 내용의 변경이 있는 경우 계약자는 변경된 납입면제 대상계약을 기준으로 산출한 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험료 납입면제사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제14조【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제15조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제9조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 제3조(보험료 납입면제사유)에서 정하는 사유가 발생한 경우
4. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
5. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

③ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

④ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제2항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제3항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제4항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑥ 갱신계약의 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제4관 보험료의 납입

제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 보험기간으로 합니다.

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

제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 제3조(보험료 납입면제사유)에서 정한 바에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

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

③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

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

③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

【부활(효력회복)】
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일
【설명】
계약의 부활(효력회복)을 신청하는 경우 가입경로에 따라 방법이 상이하며 부활시점이나 상품에 따라 부활 절차가 달라질 수 있습니다. 부활절차에 관한 사항은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '고객상담' 내 '자주하는문의' 혹은 콜센터(1577-1112)를 통해 확인할 수 있습니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제11조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】
"제11조(특약의 보장개시)를 준용"한다는 뜻은 "제11조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아

적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제3조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제사유가 발생한 후에는 주계약을 해지하는 경우에만 이 특약을 해지할 수 있습니다.

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

제20조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제21조【보험계약대출】

① 계약자는 이 특약의 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.

【순수보장성보험】

생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말합니다.

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

③ 회사는 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 기타사항

제22조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 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 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 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)

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

⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 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 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류번호이며, 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표2 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 장해지급률로 한다.
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(어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈) 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 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 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 그중 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 조절기능장해를 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 시력 검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.

2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.

3) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구(눈동자)의 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.

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

나) 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 안구(눈동자)의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구(눈동자)가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 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

장해의 분류	지급률
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 장해 상태를 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 장해

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	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4

항목	내용	점수
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능장해소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	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.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 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 개구(입벌리기)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구(입벌리기)운동 제한이나 저작(씹기)운동 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 때를 말한다.

가) 뚜렷한 개구(입벌리기)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우

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

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

라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 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 때를 말한다.

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

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

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

라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구(입벌리기)장해는 턱관절의 이상으로 개구(입벌리기)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입벌리기)상태에서 위· 아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 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 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우

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

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

가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

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

가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우

나) 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 후유장해로 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(반흔(흉터)성형술, 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 성형수술(반흔(흉터)성형술, 레이저치료 등 포함)을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

4) 다발성 반흔(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔(흉터)은 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

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 5cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 2cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

가) 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.

나) 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 척추(등뼈)와 가장 인접한 상. 하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의

감소비를 압박률로 정한다.

다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 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.

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

나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

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

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 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

라) 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.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 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.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 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 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골(어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈)의 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) '골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

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

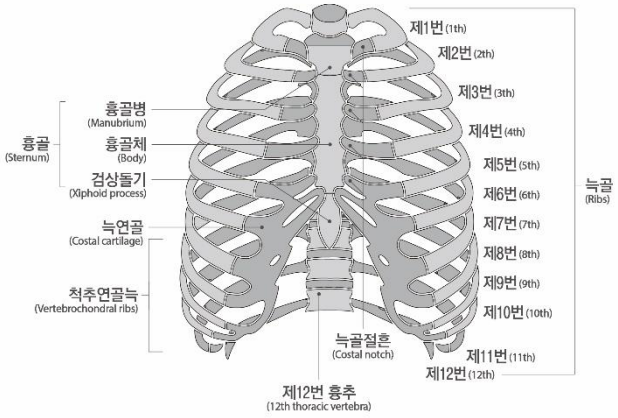
나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

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

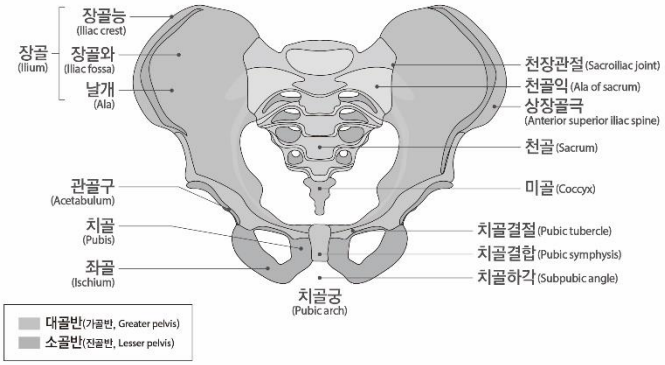
3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

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.

[가슴뼈(흉골)]



[골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)]



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

장해의 분류	지급률
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. 단, 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 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 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.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 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.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 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.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 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 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 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 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 후유장해지급률은 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

장해의 분류	지급률
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 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 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 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 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 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 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 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 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서

근력이 2등급(poor)인 경우

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

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

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

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 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 각변형이 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

장해의 분류	지급률
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. 단, 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 단축 없이 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 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 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 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. 단, 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) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.

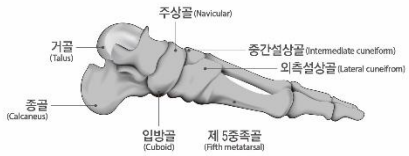
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

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 1/2 이하로 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 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) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75

장해의 분류	지급률
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

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

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

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

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

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

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

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

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

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

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

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때

나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태

다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

다) 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) 흉복부, 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 흉복부 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 남긴때	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

가) '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.

나) 위 가)의 경우 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 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 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 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.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준'주) 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※주) 능력장해측정기준의 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

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

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

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 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.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상후 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

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

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) '뇌전증'이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) '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.

라) '뚜렷한 뇌전증 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) '약간의 뇌전증 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) '중증발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) '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 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 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 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 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 대소변후 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%)

* ADLs : 'Activities of Daily Living scale'의 약자로 일상생활에서 필요한 기본동작들을 얼마나 잘 수행할 수 있는지 평가하는 기준

별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제9조 제2항 및 제20조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
계약자적립액 (제9조 제2항)	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 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제7조(보험료 납입면제의 절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

03. (무)급성심근경색증 납입면제특약(간편심사형) 목차

제 1 관 목적 및 용어의 정의 Ⅶ-84

제 1 조 【목적】 Ⅶ-84

제 2 조 【용어의 정의】 Ⅶ-84

제 2 관 보험료의 납입면제 Ⅶ-85

제 3 조 【'급성심근경색증'의 정의 및 진단확정】 Ⅶ-85

제 4 조 【보험료 납입면제사유】 Ⅶ-86

제 5 조 【보험료 납입면제에 관한 세부규정】 Ⅶ-86

제 6 조 【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 Ⅶ-86

제 7 조 【보험료 납입면제의 청구】 Ⅶ-87

제 8 조 【보험료 납입면제의 절차】 Ⅶ-87

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅶ-88

제 9 조 【특약의 체결】 Ⅶ-88

제 10 조 【특약의 소멸】 Ⅶ-89

제 11 조 【피보험자의 범위】 Ⅶ-90

제 12 조 【특약의 보장개시】 Ⅶ-90

제 13 조 【특약의 무효】 Ⅶ-91

제 14 조 【특약내용의 변경 등】 Ⅶ-92

제 15 조 【특약의 보험기간】 Ⅶ-92

제 4 관 보험료의 납입 Ⅶ-92

제 16 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 Ⅶ-92

제 17 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 Ⅶ-92

제 18 조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 Ⅶ-93

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅶ-93

제 19 조【계약자의 임의해지】..... Ⅶ-93

제 20 조【해약환급금】..... Ⅶ-93

제 21 조【보험계약대출】..... Ⅶ-94

제 6 관 기타사항 Ⅶ-94

제 22 조【주계약 약관의 준용】..... Ⅶ-94

별표 1 급성심근경색증 분류표..... Ⅶ-95

별표 2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅶ-96

03. (무)급성심근경색증 납입면제특약(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험료 납입면제사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

가. **계약자**: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. **보험수익자**: 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제사유에 따라 보험료의 납입을 면제 받는 사람을 말하며 이 특약에서는 계약자로 합니다.

다. **보험증권**: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

【피보험자】
보험계약에서 사망, 장해 또는 생존 등의 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 보험계약자 자신이 피보험자가 될 수도 있고 제3자를 피보험자로 할 수도 있습니다. 다만, 특정한 경우에는 피보험자의 자격이 제한될 수 있습니다.

마. **주계약**: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

바. **납입면제 대상계약**: 주계약 및 계약 체결당시 부가된 특약 중 주계약과 납입기간이 동일한 특약을 말합니다. 다만, 아래에 정하는 사항 중 어느 하나에 해당하는 계약은 제외합니다.

1) 이 특약의 납입면제사유 중 일부 또는 전부를 납입면제 또는 소멸 사유로 하는 주계약 및 특약

2) 보험료 납입면제특약

2. 지급사유 관련 용어

가. **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.

나. **의료기관**: 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

다. **의사**: 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

- 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원
- 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년차 이자)) × 10% = 11원

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. **평균공시이율**: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. **해약환급금**: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간**: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. **영업일**: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」[약관 내 인용조문 참조]에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험료의 납입면제

제2관에서는 보험료 납입면제 및 보험료 납입면제 제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제3조【'급성심근경색증'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '급성심근경색증'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 급성심근경색증 분류표('별표1 급성심근경색증 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【심전도 검사】

심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.

【심장초음파 검사】

심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.

【관상동맥(심장동맥)촬영술】

관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.

【심장효소검사】

심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.

【핵의학 검사】

방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '급성심근경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 '급성심근경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조【보험료 납입면제사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 경우에는 다음 회 이후 납입면제 대상계약의 보험료 및 이 특약의 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

제5조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

계약자와 회사가 제4조(보험료 납입면제사유)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 합니다.

제6조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【보험료 납입면제의 청구】

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(해당 질병 진단서 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 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조【보험료 납입면제의 절차】

① 회사는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사가 보험료 납입면제사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 보험료 납입면제 기일 이내에 보험료 납입을 면제하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 납입면제 예정일에 대하여 피보험자 또는 계약자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약의 '분쟁의 조정'조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제3항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제2항

의 보험료 납입면제사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 보험료 납입면제 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】
“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

④ 회사는 제3항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다

제3관 특약의 성립과 유지

제9조【특약의 체결】

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

【청약】
계약자가 회사에 대하여 일정한 보험계약을 체결할 것을 목적으로 하는 의사표시로서 이를 회사가 승낙하면 계약이 성립합니다.

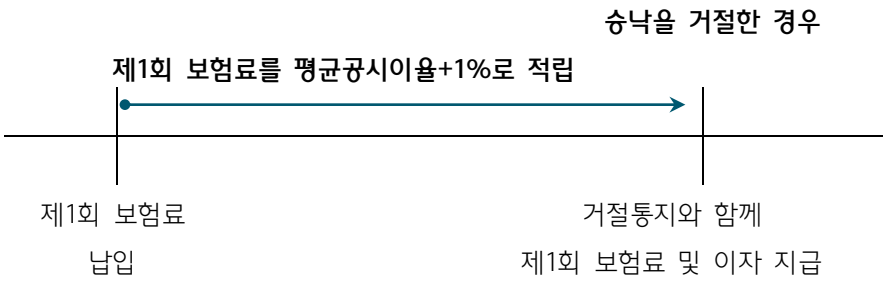
② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법
【일부보장 제외(부담보)】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외하는 방법
【보험금 삭감】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법
【보험료 할증】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

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

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

【설명】



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

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제18조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제10조【특약의 소멸】

① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 소멸되고 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우
3. 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유 이외의 사유로 납입면제 대상계약의 보험료 납입이 모두 면제된 경우

② 제1항 제3호의 사유로 특약의 효력이 없어진 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 보험료 납입이 면제된 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 계약자는 제7조(보험료 납입면제의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구해야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험료 납입면제의 절차)의 규정을 따르며, 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 계산방법을 기재한 서류입니다.

③ 제1항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 「민법」 제27조[약관 내 인용조문 참조]에서 정하는 기간 이상으로 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【연명의료】

임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 시행령」으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말합니다.

【연명의료 중단 등 결정】

임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말합니다.

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

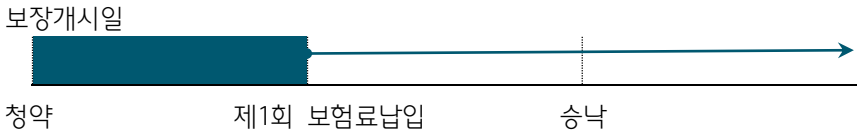
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제13조【특약의 무효】

① 이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 이 특약의 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.

【설명】

'특약에서 정한 피보험자의 나이'라 함은 특약체결당시 사업방법서에서 정한 가입가능한 나이를 말합니다.

【예시】

사업방법서에서 정한 가입가능한 나이가 20세 ~ 70세인 상품의 경우

특약체결시 피보험자의 나이가 19세인 경우 ⇒ 무효
특약체결시 피보험자의 나이가 71세인 경우 ⇒ 무효

② 제1항에도 불구하고 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '상품공시실' 내 '적용이율공시'에서 공시합니다.

③ 간편심사형의 계약일부터 3개월이 지나지 않은 간편심사형의 피보험자를 대상으로 계약자가 일반심사보험에 청약하는 경우, 회사는 해당 피보험자가 일반심사형에 가입 가능한지 여부를 심사합니다. 이 때 일반심사형에 가입이 가능한 경우에는 기존 간편심사형 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려주고 일반심사형에 가입할 수 있음을 안내합니다. 다만, 간편심사형 계약의 보험금이 이미 지급되거나 약관에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각호의 사유로 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산된 해약환급금 중 해당계약에 대한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 이 경우 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나, 해약환급금이 없을 수 있습니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 해지된 경우
2. 납입면제 대상계약 내용의 변경으로 인해 납입면제 대상계약 보험료가 변경된 경우

③ 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 사유가 발생할 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 당시의 계약자적립액 중 해당계약에 대한 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 보험금 지급사유로 인해 더 이상 효력이 없어진 경우
2. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제 사유 이외의 사유로 보험료 납입면제가 발생한 경우

④ 회사는 납입면제 대상계약(주계약 제외)의 무효, 취소, 철회가 발생한 경우 해당 계약을 납입면제 대상계약에서 제외하며, 이미 납입한 보험료 중 해당 계약에 대한 보험료는 계약자에게 돌려드립니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 사유로 인하여 특약 내용의 변경이 있는 경우 계약자는 변경된 납입면제 대상계약을 기준으로 산출한 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험료 납입면제사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 보험기간으로 합니다.

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

제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 바에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

【납입최고(독촉)】

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

③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

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

③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

【부활(효력회복)】

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

【설명】

계약의 부활(효력회복)을 신청하는 경우 가입경로에 따라 방법이 상이하며 부활시점이나 상품에 따라 부활 절차가 달라질 수 있습니다. 부활절차에 관한 사항은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '고객상담' 내 '자주하는문의' 혹은 콜센터(1577-1112)를 통해 확인할 수 있습니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

"제12조(특약의 보장개시)를 준용"한다는 뜻은 "제12조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용"한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제사유가 발생한 후에는 주계약을 해지하는 경우에만 이 특약을 해지할 수 있습니다.

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

제20조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제21조【보험계약대출】

① 계약자는 이 특약의 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.

【순수보장성보험】
생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말합니다.

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

③ 회사는 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 기타사항

제22조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 '급성심근경색증'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '급성심근경색증'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '급성심근경색증'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제10조 제2항 및 제20조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
계약자적립액 (제10조 제2항)	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 (제20조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 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 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

04. (무)급성심근경색증 납입면제특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 1 관 목적 및 용어의 정의 Ⅶ-99

제 1 조 【목적】 Ⅶ-99

제 2 조 【용어의 정의】 Ⅶ-99

제 2 관 보험료의 납입면제 Ⅶ-101

제 3 조 【'급성심근경색증'의 정의 및 진단확정】 Ⅶ-101

제 4 조 【보험료 납입면제사유】 Ⅶ-101

제 5 조 【보험료 납입면제에 관한 세부규정】 Ⅶ-102

제 6 조 【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 Ⅶ-102

제 7 조 【보험료 납입면제의 청구】 Ⅶ-102

제 8 조 【보험료 납입면제의 절차】 Ⅶ-102

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅶ-103

제 9 조 【특약의 체결】 Ⅶ-103

제 10 조 【특약의 소멸】 Ⅶ-104

제 11 조 【피보험자의 범위】 Ⅶ-105

제 12 조 【특약의 보장개시】 Ⅶ-106

제 13 조 【특약의 무효】 Ⅶ-106

제 14 조 【특약내용의 변경 등】 Ⅶ-107

제 15 조 【특약의 보험기간】 Ⅶ-108

제 16 조 【특약의 갱신】 Ⅶ-108

제 4 관 보험료의 납입 Ⅶ-108

제 17 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 Ⅶ-108

제 18 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 Ⅶ-109

제 19 조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 Ⅶ-109

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅶ-109

제 20 조【계약자의 임의해지】 Ⅶ-109

제 21 조【해약환급금】 Ⅶ-110

제 22 조【보험계약대출】 Ⅶ-110

제 6 관 기타사항 Ⅶ-110

제 23 조【주계약 약관의 준용】 Ⅶ-110

별표 1 급성심근경색증 분류표 Ⅶ-111

별표 2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅶ-112

04. (무)급성심근경색증 납입면제특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험료 납입면제사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

가. **계약자**: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. **보험수익자**: 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제사유에 따라 보험료의 납입을 면제 받는 사람을 말하며 이 특약에서는 계약자로 합니다.

다. **보험증권**: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

【피보험자】
보험계약에서 사망, 장해 또는 생존 등의 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 보험계약자 자신이 피보험자가 될 수도 있고 제3자를 피보험자로 할 수도 있습니다. 다만, 특정한 경우에는 피보험자의 자격이 제한될 수 있습니다.

마. **주계약**: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

바. **납입면제 대상계약**: 주계약 및 계약 체결당시 부가된 특약 중 주계약과 납입기간이 동일한 특약을 말합니다. 다만, 아래에 정하는 사항 중 어느 하나에 해당하는 계약은 제외합니다.

1) 이 특약의 납입면제사유 중 일부 또는 전부를 납입면제 또는 소멸 사유로 하는 주계약 및 특약

2) 보험료 납입면제특약

2. 지급사유 관련 용어

가. **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.

나. **의료기관**: 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

다. **의사**: 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

- 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원
- 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년차 이자)) × 10% = 11원

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. **평균공시이율**: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. **해약환급금**: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간**: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. **영업일**: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」[약관 내 인용조문 참조]에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

다. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

5. 갱신관련 용어

가. **최초계약**: 갱신형 특약이 주계약을 체결할 때 제9조(특약의 체결)에 따라 최초로 체결되는 경우 그 계약을 말합니다.

나. **갱신계약**: 특약의 보험기간이 끝난 후 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우 갱신되는 계약을 말합니다.

다. **갱신일**: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 '갱신전 계약'이라 합니다)의 보험기간이 끝나는 날의 다음 날을 말합니다.

【갱신형 특약】

일정주기로 위험률의 변경, 보험나이의 증가 등이 반영되어 계약이 갱신되는 특약을 말하며, 특약명칭에 "갱신형"이라고 명기되어 있습니다.

제2관 보험료의 납입면제

제2관에서는 보험료 납입면제 및 보험료 납입면제 제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제3조【'급성심근경색증'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '급성심근경색증'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 급성심근경색증 분류표('별표1 급성심근경색증 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【심전도 검사】
심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.
【심장초음파 검사】
심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.
【관상동맥(심장동맥)촬영술】
관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
【심장효소검사】
심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.
【핵의학 검사】
방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '급성심근경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 '급성심근경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조【보험료 납입면제사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 경우에는 다음 회 이후 납입면제 대상계약의 보험료 및 이 특약의 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

제5조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

계약자와 회사가 제4조(보험료 납입면제사유)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】
어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 합니다.

제6조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【고의】
자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.
【심신상실】
의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【보험료 납입면제의 청구】

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(해당 질병 진단서 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 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조【보험료 납입면제의 절차】

① 회사는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사가 보험료 납입면제사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 보험료 납입면제 기일 이내에 보험료 납입을 면제하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 납입면제 예정일에 대하여 피보험자 또는 계약자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】
분쟁조정 신청은 주계약의 '분쟁의 조정'조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제3항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 보험료 납입면제 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】
"정당한 사유"라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

④ 회사는 제3항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다

제3관 특약의 성립과 유지

제9조【특약의 체결】

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

【청약】
계약자가 회사에 대하여 일정한 보험계약을 체결할 것을 목적으로 하는 의사표시로서 이를 회사가 승낙하면 계약이 성립합니다.

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

【보험가입금액 제한】
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

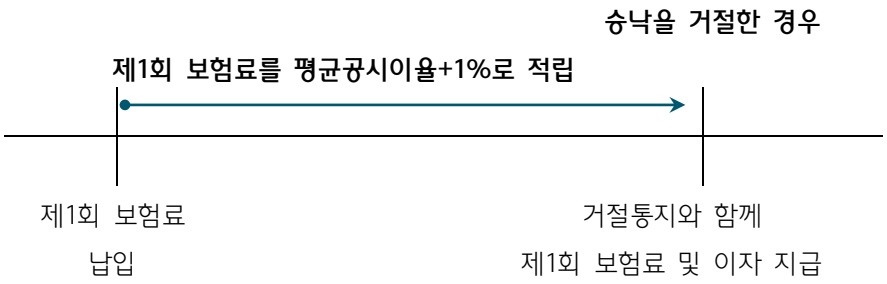
【보험료 할증】

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

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

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

【설명】



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

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제19조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제10조【특약의 소멸】

① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 소멸되고 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우

2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우

3. 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유 이외의 사유로 납입면제 대상계약의 보험료 납입이 모두 면제된 경우

② 제1항 제3호의 사유로 특약의 효력이 없어진 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 보험료 납입이 면제된 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 계약자는 제7조(보험료 납입면제의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구해야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험료 납입면제의 절차)의 규정을 따르며, 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 계산방법을 기재한 서류입니다.

③ 제1항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 「민법」 제27조[약관 내 인용조문 참조]에서 정하는 기간 이상으로 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【연명의료】

임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 시행령」으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말합니다.

【연명의료 중단 등 결정】

임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말합니다.

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

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

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제13조【특약의 무효】

① 이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 이 특약의 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.

【설명】

'특약에서 정한 피보험자의 나이'라 함은 특약체결당시 사업방법서에서 정한 가입가능한 나이를 말합니다.

【예시】

사업방법서에서 정한 가입가능한 나이가 20세 ~ 70세인 상품의 경우

특약체결시 피보험자의 나이가 19세인 경우 ⇒ 무효
특약체결시 피보험자의 나이가 71세인 경우 ⇒ 무효

② 제1항에도 불구하고 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '상품공시실' 내 '적용이율공시'에서 공시합니다.

③ 간편심사형의 계약일부터 3개월이 지나지 않은 간편심사형의 피보험자를 대상으로 계약자가 일반심사보험에 청약하는 경우, 회사는 해당 피보험자가 일반심사형에 가입 가능한지 여부를 심사합니다. 이 때 일반심사형에 가입이 가능한 경우에는 기존 간편심사형 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려주고 일반심사형에 가입할 수 있음을 안내합니다. 다만, 간편심사형 계약의 보험금이 이미 지급되거나 약관에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각호의 사유로 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산된 해약환급금 중 해당계약에 대한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 이 경우 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나, 해약환급금이 없을 수 있습니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 해지된 경우
2. 납입면제 대상계약 내용의 변경으로 인해 납입면제 대상계약 보험료가 변경된 경우

③ 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 사유가 발생할 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 당시의 계약자적립액 중 해당계약에 대한 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 보험금 지급사유로 인해 더 이상 효력이 없어진 경우
2. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제 사유 이외의 사유로 보험료 납입면제가 발생한 경우

④ 회사는 납입면제 대상계약(주계약 제외)의 무효, 취소, 철회가 발생한 경우 해당 계약을 납입면제 대상계약에서 제외하며, 이미 납입한 보험료 중 해당 계약에 대한 보험료는 계약자에게 돌려드립니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 사유로 인하여 특약 내용의 변경이 있는 경우 계약자는 변경된 납입면제 대상계약을 기준으로 산출한 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험료 납입면제사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제16조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제10조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정하는 사유가 발생한 경우
4. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
5. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

③ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

④ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제2항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제3항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제4항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑥ 갱신계약의 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제4관 보험료의 납입

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 보험기간으로 합니다.

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

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 바에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

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

③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

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

③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

【부활(효력회복)】
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일
【설명】
계약의 부활(효력회복)을 신청하는 경우 가입경로에 따라 방법이 상이하며 부활시점이나 상품에 따라 부활 절차가 달라질 수 있습니다. 부활절차에 관한 사항은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '고객상담' 내 '자주하는문의' 혹은 콜센터(1577-1112)를 통해 확인할 수 있습니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】
"제12조(특약의 보장개시)를 준용"한다는 뜻은 "제12조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용"한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제사유가 발생한 후에는 주계약을 해지하는 경우에만 이 특약을 해지할 수 있습니다.

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

제21조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제22조【보험계약대출】

① 계약자는 이 특약의 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.

【순수보장성보험】
생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말합니다.

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

③ 회사는 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 기타사항

제23조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 '급성심근경색증'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '급성심근경색증'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '급성심근경색증'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제10조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
계약자적립액 (제10조 제2항)	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 (제21조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 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 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

05. (무)뇌졸중 납입면제특약(간편심사형) 목차

제 1 관 목적 및 용어의 정의 Ⅶ-115

제 1 조 【목적】 Ⅶ-115

제 2 조 【용어의 정의】 Ⅶ-115

제 2 관 보험료의 납입면제 Ⅶ-116

제 4 조 【보험료 납입면제사유】 Ⅶ-117

제 5 조 【보험료 납입면제에 관한 세부규정】 Ⅶ-117

제 6 조 【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 Ⅶ-117

제 7 조 【보험료 납입면제의 청구】 Ⅶ-118

제 8 조 【보험료 납입면제의 절차】 Ⅶ-118

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅶ-119

제 9 조 【특약의 체결】 Ⅶ-119

제 10 조 【특약의 소멸】 Ⅶ-120

제 11 조 【피보험자의 범위】 Ⅶ-121

제 12 조 【특약의 보장개시】 Ⅶ-121

제 13 조 【특약의 무효】 Ⅶ-122

제 14 조 【특약내용의 변경 등】 Ⅶ-123

제 15 조 【특약의 보험기간】 Ⅶ-123

제 4 관 보험료의 납입 Ⅶ-123

제 16 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 Ⅶ-123

제 17 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 Ⅶ-123

제 18 조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 Ⅶ-124

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅶ-124

제 19 조 【계약자의 임의해지】 Ⅶ-124

제 20 조 【해약환급금】 Ⅶ-125

제 21 조 【보험계약대출】 Ⅶ-125

제 6 관 기타사항 Ⅶ-125

제 22 조 【주계약 약관의 준용】 Ⅶ-125

별표 1 뇌졸중 분류표 Ⅶ-126

별표 2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅶ-127

05. (무)뇌졸중 납입면제특약(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험료 납입면제사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

가. **계약자**: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. **보험수익자**: 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제사유에 따라 보험료의 납입을 면제 받는 사람을 말하며 이 특약에서는 계약자로 합니다.

다. **보험증권**: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

【피보험자】
보험계약에서 사망, 장해 또는 생존 등의 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 보험계약자 자신이 피보험자가 될 수도 있고 제3자를 피보험자로 할 수도 있습니다. 다만, 특정한 경우에는 피보험자의 자격이 제한될 수 있습니다.

마. **주계약**: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

바. **납입면제 대상계약**: 주계약 및 계약 체결당시 부가된 특약 중 주계약과 납입기간이 동일한 특약을 말합니다. 다만, 아래에 정하는 사항 중 어느 하나에 해당하는 계약은 제외합니다.

1) 이 특약의 납입면제사유 중 일부 또는 전부를 납입면제 또는 소멸 사유로 하는 주계약 및 특약

2) 보험료 납입면제특약

2. 지급사유 관련 용어

가. **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.

나. **의료기관**: 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

다. **의사**: 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】
원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액 · 1년차 이자 = 100원(원금) x 10% = 10원 · 2년차 이자 = (100원(원금) +10원(1년차 이자)) x 10% = 11원 ⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. **평균공시이율**: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. **해약환급금**: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간**: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. **영업일**: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」[약관 내 인용조문 참조]에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험료의 납입면제

제2관에서는 보험료 납입면제 및 보험료 납입면제 제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제3조【'뇌졸중'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '뇌졸중'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌졸중 분류표('별표1 뇌졸중 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병 코딩지침서에 의하여 '외상성 두개내출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '뇌졸중'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【뇌전산화 단층촬영(brain CT scan)】
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술
【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

【뇌혈관조영술】
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술
【양전자방출단층술(PET)】
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
【단일광자방출 전산화단층술(SPECT)】
Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
【뇌척수액검사】
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

③ 피보험자가 사망하여 제2항에서 정하는 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조【보험료 납입면제사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단이 확정되었을 경우에는 다음 회 이후 납입면제 대상계약의 보험료 및 이 특약의 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

제5조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

계약자와 회사가 제4조(보험료 납입면제사유)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】
어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 합니다.

제6조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【고의】
자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【보험료 납입면제의 청구】

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(해당 질병 진단서 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 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조【보험료 납입면제의 절차】

① 회사는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사가 보험료 납입면제사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 보험료 납입면제 기일 이내에 보험료 납입을 면제하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 납입면제 예정일에 대하여 피보험자 또는 계약자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약의 '분쟁의 조정'조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제3항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및

제2항의 보험료 납입면제사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 보험료 납입면제 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

"정당한 사유"라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

④ 회사는 제3항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다

제3관 특약의 성립과 유지

제9조【특약의 체결】

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

【청약】

계약자가 회사에 대하여 일정한 보험계약을 체결할 것을 목적으로 하는 의사표시로서 이를 회사가 승낙하면 계약이 성립합니다.

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

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

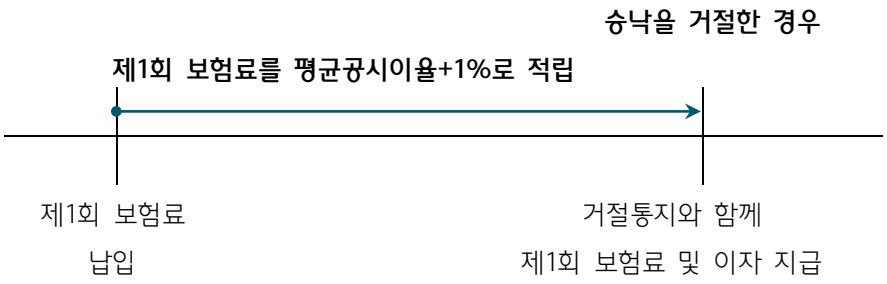
【보험료 할증】

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

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

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

【설명】



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

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제18조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제10조【특약의 소멸】

① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 소멸되고 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우
3. 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유 이외의 사유로 납입면제 대상계약의 보험료 납입이 모두 면제된 경우

② 제1항 제3호의 사유로 특약의 효력이 없어진 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 보험료 납입이 면제된 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 계약자는 제7조(보험료 납입면제의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구해야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험료 납입면제의 절차)의 규정을 따르며, 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 계산방법을 기재한 서류입니다.

③ 제1항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 「민법」 제27조[약관 내 인용조문 참조]에서 정하는 기간 이상으로 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【연명의료】

임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 시행령」으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말합니다.

【연명의료 중단 등 결정】

임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말합니다.

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

보장개시일

청약 승낙

제1회 보험료 납입

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

보장개시일

청약 제1회 보험료납입 승낙

제13조【특약의 무효】

① 이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 이 특약의 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.

【설명】

'특약에서 정한 피보험자의 나이'라 함은 특약체결당시 사업방법서에서 정한 가입가능한 나이를 말합니다.

【예시】

사업방법서에서 정한 가입가능한 나이가 20세 ~ 70세인 상품의 경우

특약체결시 피보험자의 나이가 19세인 경우 ⇒ 무효
특약체결시 피보험자의 나이가 71세인 경우 ⇒ 무효

② 제1항에도 불구하고 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '상품공시실' 내 '적용이율공시'에서 공시합니다.

③ 간편심사형의 계약일부터 3개월이 지나지 않은 간편심사형의 피보험자를 대상으로 계약자가 일반심사보험에 청약하는 경우, 회사는 해당 피보험자가 일반심사형에 가입 가능한지 여부를 심사합니다. 이 때 일반심사형에 가입이 가능한 경우에는 기존 간편심사형 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려주고 일반심사형에 가입할 수 있음을 안내합니다. 다만,

간편심사형 계약의 보험금이 이미 지급되거나 약관에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각호의 사유로 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산된 해약환급금 중 해당계약에 대한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 이 경우 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나, 해약환급금이 없을 수 있습니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 해지된 경우
2. 납입면제 대상계약 내용의 변경으로 인해 납입면제 대상계약 보험료가 변경된 경우

③ 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 사유가 발생할 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 당시의 계약자적립액 중 해당계약에 대한 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 보험금 지급사유로 인해 더 이상 효력이 없어진 경우
2. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제 사유 이외의 사유로 보험료 납입면제가 발생한 경우

④ 회사는 납입면제 대상계약(주계약 제외)의 무효, 취소, 철회가 발생한 경우 해당 계약을 납입면제 대상계약에서 제외하며, 이미 납입한 보험료 중 해당 계약에 대한 보험료는 계약자에게 돌려드립니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 사유로 인하여 특약 내용의 변경이 있는 경우 계약자는 변경된 납입면제 대상계약을 기준으로 산출한 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험료 납입면제사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 보험기간으로 합니다.

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

제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 바에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

【납입최고(독촉)】

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

③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

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

③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

【부활(효력회복)】

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

【설명】

계약의 부활(효력회복)을 신청하는 경우 가입경로에 따라 방법이 상이하며 부활시점이나 상품에 따라 부활 절차가 달라질 수 있습니다. 부활절차에 관한 사항은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '고객상담' 내 '자주하는문의' 혹은 콜센터(1577-1112)를 통해 확인할 수 있습니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

"제12조(특약의 보장개시)를 준용"한다는 뜻은 "제12조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용"한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제사유가 발생한 후에는 주계약을 해지하는 경우에만 이 특약을 해지할

수 있습니다.

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

제20조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제21조【보험계약대출】

① 계약자는 이 특약의 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.

【순수보장성보험】
생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말합니다.

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

③ 회사는 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 기타사항

제22조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 '뇌졸중'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌졸중'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌졸중'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제10조 제2항 및 제20조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
계약자적립액 (제10조 제2항)	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 (제20조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 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 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

06. (무)뇌졸중 납입면제특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 1 관 목적 및 용어의 정의 Ⅶ-130

제 1 조 【목적】 Ⅶ-130

제 2 조 【용어의 정의】 Ⅶ-130

제 2 관 보험료의 납입면제 Ⅶ-132

제 3 조 【'뇌졸중'의 정의 및 진단확정】 Ⅶ-132

제 4 조 【보험료 납입면제사유】 Ⅶ-132

제 5 조 【보험료 납입면제에 관한 세부규정】 Ⅶ-133

제 6 조 【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 Ⅶ-133

제 7 조 【보험료 납입면제의 청구】 Ⅶ-133

제 8 조 【보험료 납입면제의 절차】 Ⅶ-133

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅶ-134

제 9 조 【특약의 체결】 Ⅶ-134

제 10 조 【특약의 소멸】 Ⅶ-136

제 11 조 【피보험자의 범위】 Ⅶ-137

제 12 조 【특약의 보장개시】 Ⅶ-137

제 13 조 【특약의 무효】 Ⅶ-137

제 14 조 【특약내용의 변경 등】 Ⅶ-138

제 15 조 【특약의 보험기간】 Ⅶ-139

제 16 조 【특약의 갱신】 Ⅶ-139

제 4 관 보험료의 납입 Ⅶ-140

제 17 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 Ⅶ-140

제 18 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 Ⅶ-140

제 19 조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 Ⅶ-140

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅶ-141

제 20 조 【계약자의 임의해지】 Ⅶ-141

제 21 조 【해약환급금】 Ⅶ-141

제 22 조 【보험계약대출】 Ⅶ-141

제 6 관 기타사항 Ⅶ-141

제 23 조 【주계약 약관의 준용】 Ⅶ-141

별표 1 뇌졸중 분류표 Ⅶ-142

별표 2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅶ-143

06. (무)뇌졸중 납입면제특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험료 납입면제사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

가. **계약자**: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. **보험수익자**: 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제사유에 따라 보험료의 납입을 면제 받는 사람을 말하며 이 특약에서는 계약자로 합니다.

다. **보험증권**: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

【피보험자】
보험계약에서 사망, 장해 또는 생존 등의 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 보험계약자 자신이 피보험자가 될 수도 있고 제3자를 피보험자로 할 수도 있습니다. 다만, 특정한 경우에는 피보험자의 자격이 제한될 수 있습니다.

마. **주계약**: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

바. **납입면제 대상계약**: 주계약 및 계약 체결당시 부가된 특약 중 주계약과 납입기간이 동일한 특약을 말합니다. 다만, 아래에 정하는 사항 중 어느 하나에 해당하는 계약은 제외합니다.

1) 이 특약의 납입면제사유 중 일부 또는 전부를 납입면제 또는 소멸 사유로 하는 주계약 및 특약

2) 보험료 납입면제특약

2. 지급사유 관련 용어

가. **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.

나. **의료기관**: 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

다. **의사**: 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

- 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원
- 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년차 이자)) × 10% = 11원

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. **평균공시이율**: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. **해약환급금**: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간**: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. **영업일**: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」[약관 내 인용조문 참조]에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

다. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일**: 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

5. 갱신관련 용어

가. **최초계약**: 갱신형 특약이 주계약을 체결할 때 제9조(특약의 체결)에 따라 최초로 체결되는 경우 그 계약을 말합니다.

나. **갱신계약**: 특약의 보험기간이 끝난 후 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우 갱신되는 계약을 말합니다.

다. **갱신일**: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 '갱신전 계약'이라 합니다)의 보험기간이 끝나는 날의 다음 날을 말합니다.

【갱신형 특약】

일정주기로 위험률의 변경, 보험나이의 증가 등이 반영되어 계약이 갱신되는 특약을 말하며, 특약명칭에 "갱신형"이라고 명기되어 있습니다.

제2관 보험료의 납입면제

제2관에서는 보험료 납입면제 및 보험료 납입면제 제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제3조【'뇌졸중'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '뇌졸중'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌졸중 분류표('별표1 뇌졸중 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병 코딩지침서에 의하여 '외상성 두개내출혈', '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② '뇌졸중'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【뇌전산화 단층촬영(brain CT scan)】
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술
【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
【뇌혈관조영술】
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술
【양전자방출단층술(PET)】
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
【단일광자방출 전산화단층술(SPECT)】
Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
【뇌척수액검사】
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

③ 피보험자가 사망하여 제2항에서 정하는 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조【보험료 납입면제사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단이 확정되었을 경우에는 다음 회 이후 납입면제 대상계약의 보험료 및 이 특약의 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

제5조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

계약자와 회사가 제4조(보험료 납입면제사유)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】
어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 합니다.

제6조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【고의】
자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.
【심신상실】
의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【보험료 납입면제의 청구】

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(해당 질병 진단서 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 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조【보험료 납입면제의 절차】

① 회사는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사가 보험료 납입면제사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 보험료 납입면제 기일 이내에 보험료 납입을 면제하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 납입면제 예정일에 대하여 피보험자 또는 계약자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약의 '분쟁의 조정'조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제3항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 보험료 납입면제 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

"정당한 사유"라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

④ 회사는 제3항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다

제3관 특약의 성립과 유지

제9조【특약의 체결】

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

【청약】

계약자가 회사에 대하여 일정한 보험계약을 체결할 것을 목적으로 하는 의사표시로서 이를 회사가 승낙하면 계약이 성립합니다.

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

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

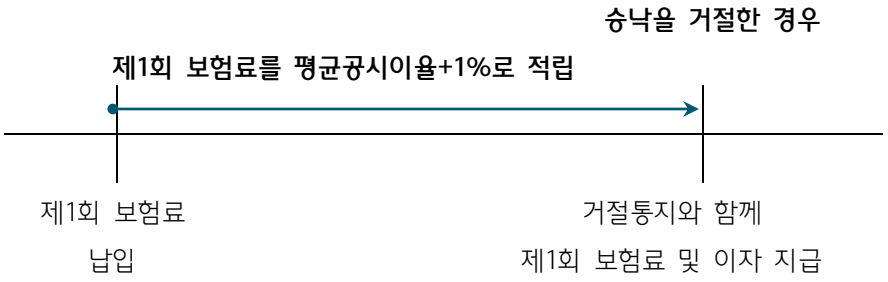
【보험료 할증】

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

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

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

【설명】



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

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제19조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제10조【특약의 소멸】

① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 소멸되고 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우
3. 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유 이외의 사유로 납입면제 대상계약의 보험료 납입이 모두 면제된 경우

② 제1항 제3호의 사유로 특약의 효력이 없어진 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 보험료 납입이 면제된 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 계약자는 제7조(보험료 납입면제의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구해야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험료 납입면제의 절차)의 규정을 따르며, 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 계산방법을 기재한 서류입니다.

③ 제1항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 「민법」 제27조[약관 내 인용조문 참조]에서 정하는 기간 이상으로 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【연명의료】

임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 시행령」으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말합니다.

【연명의료 중단 등 결정】

임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말합니다.

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

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

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제13조【특약의 무효】

① 이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 이 특약의 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.

【설명】

'특약에서 정한 피보험자의 나이'라 함은 특약체결당시 사업방법서에서 정한 가입가능한 나이를 말합니다.

【예시】

사업방법서에서 정한 가입가능한 나이가 20세 ~ 70세인 상품의 경우

특약체결시 피보험자의 나이가 19세인 경우 ⇒ 무효
특약체결시 피보험자의 나이가 71세인 경우 ⇒ 무효

② 제1항에도 불구하고 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '상품공시실' 내 '적용이율공시'에서 공시합니다.

③ 간편심사형의 계약일부터 3개월이 지나지 않은 간편심사형의 피보험자를 대상으로 계약자가 일반심사보험에 청약하는 경우, 회사는 해당 피보험자가 일반심사형에 가입 가능한지 여부를 심사합니다. 이 때 일반심사형에 가입이 가능한 경우에는 기존 간편심사형 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려주고 일반심사형에 가입할 수 있음을 안내합니다. 다만, 간편심사형 계약의 보험금이 이미 지급되거나 약관에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각호의 사유로 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산된 해약환급금 중 해당계약에 대한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 이 경우 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나, 해약환급금이 없을 수 있습니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 해지된 경우
2. 납입면제 대상계약 내용의 변경으로 인해 납입면제 대상계약 보험료가 변경된 경우

③ 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 사유가 발생할 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 당시의 계약자적립액 중 해당계약에 대한 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 보험금 지급사유로 인해 더 이상 효력이 없어진 경우
2. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제 사유 이외의 사유로 보험료 납입면제가 발생한 경우

④ 회사는 납입면제 대상계약(주계약 제외)의 무효, 취소, 철회가 발생한 경우 해당 계약을 납입면제 대상계약에서 제외하며, 이미 납입한 보험료 중 해당 계약에 대한 보험료는 계약자에게 돌려드립니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 사유로 인하여 특약 내용의 변경이 있는 경우 계약자는 변경된 납입면제 대상계약을 기준으로 산출한 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험료 납입면제사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제16조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제10조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정하는 사유가 발생한 경우
4. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
5. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

③ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

④ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제2항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제3항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제4항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑥ 갱신계약의 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제4관 보험료의 납입

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 보험기간으로 합니다.

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

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 바에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

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

③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

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

③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

【부활(효력회복)】
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일
【설명】
계약의 부활(효력회복)을 신청하는 경우 가입경로에 따라 방법이 상이하며 부활시점이나 상품에 따라 부활 절차가 달라질 수 있습니다. 부활절차에 관한 사항은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '고객상담' 내 '자주하는문의' 혹은 콜센터(1577-1112)를 통해 확인할 수 있습니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】
"제12조(특약의 보장개시)를 준용"한다는 뜻은 "제12조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아

적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제사유가 발생한 후에는 주계약을 해지하는 경우에만 이 특약을 해지할 수 있습니다.

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

제21조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제22조【보험계약대출】

① 계약자는 이 특약의 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.

【순수보장성보험】

생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말합니다.

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

③ 회사는 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 기타사항

제23조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 '뇌졸중'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌졸중'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌졸중'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제10조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
계약자적립액 (제10조 제2항)	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 (제21조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 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 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

07. (무)뇌출혈 납입면제특약(간편심사형) 목차

제 1 관 목적 및 용어의 정의 Ⅶ-146

제 1 조 【목적】 Ⅶ-146

제 2 조 【용어의 정의】 Ⅶ-146

제 2 관 보험료의 납입면제 Ⅶ-147

제 3 조 【'뇌출혈'의 정의 및 진단확정】 Ⅶ-147

제 4 조 【보험료 납입면제사유】 Ⅶ-148

제 5 조 【보험료 납입면제에 관한 세부규정】 Ⅶ-148

제 6 조 【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 Ⅶ-148

제 7 조 【보험료 납입면제의 청구】 Ⅶ-149

제 8 조 【보험료 납입면제의 절차】 Ⅶ-149

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅶ-150

제 9 조 【특약의 체결】 Ⅶ-150

제 10 조 【특약의 소멸】 Ⅶ-151

제 11 조 【피보험자의 범위】 Ⅶ-152

제 12 조 【특약의 보장개시】 Ⅶ-152

제 13 조 【특약의 무효】 Ⅶ-153

제 14 조 【특약내용의 변경 등】 Ⅶ-154

제 15 조 【특약의 보험기간】 Ⅶ-154

제 4 관 보험료의 납입 Ⅶ-154

제 16 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 Ⅶ-154

제 17 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 Ⅶ-154

제 18 조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 Ⅶ-155

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅶ-155

제 19 조【계약자의 임의해지】 Ⅶ-155

제 20 조【해약환급금】 Ⅶ-155

제 21 조【보험계약대출】 Ⅶ-156

제 6 관 기타사항 Ⅶ-156

제 22 조【주계약 약관의 준용】 Ⅶ-156

별표 1 뇌출혈 분류표 Ⅶ-157

별표 2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅶ-158

07. (무)뇌출혈 납입면제특약(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험료 납입면제사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

가. **계약자**: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. **보험수익자**: 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제사유에 따라 보험료의 납입을 면제 받는 사람을 말하며 이 특약에서는 계약자로 합니다.

다. **보험증권**: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

【피보험자】
보험계약에서 사망, 장해 또는 생존 등의 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 보험계약자 자신이 피보험자가 될 수도 있고 제3자를 피보험자로 할 수도 있습니다. 다만, 특정한 경우에는 피보험자의 자격이 제한될 수 있습니다.

마. **주계약**: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

바. **납입면제 대상계약**: 주계약 및 계약 체결당시 부가된 특약 중 주계약과 납입기간이 동일한 특약을 말합니다. 다만, 아래에 정하는 사항 중 어느 하나에 해당하는 계약은 제외합니다.

1) 이 특약의 납입면제사유 중 일부 또는 전부를 납입면제 또는 소멸 사유로 하는 주계약 및 특약

2) 보험료 납입면제특약

2. 지급사유 관련 용어

가. **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.

나. **의료기관**: 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

다. **의사**: 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

- 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원
- 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년차 이자)) × 10% = 11원

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. **평균공시이율**: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. **해약환급금**: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간**: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. **영업일**: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」[약관 내 인용조문 참조]에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험료의 납입면제

제2관에서는 보험료 납입면제 및 보험료 납입면제 제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제3조【'뇌출혈'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '뇌출혈'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌출혈 분류표('별표1 뇌출혈 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병 코딩지침서에 의하여 '외상성 두개내출혈' 및 '혈관성 치매'로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

【약관에서 보장하지 않는 뇌출혈에 대한 설명】

외상(재해)으로 인하여 발생한 뇌출혈, 뇌종양(혈관종 포함)의 진행으로 인하여 종양 주변에 발생한 출혈 또는 뇌수술 합병증에 의한 뇌출혈은 약관에서 보장하는 "뇌출혈"에 속하는 뇌출혈(I60~I62)로 분류되지 않기 때문에 이 특약에서 보장하지 않습니다.

② '뇌출혈'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【뇌전산화 단층촬영(brain CT scan)】

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
【뇌혈관조영술】
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술
【양전자방출단층술(PET)】
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
【단일광자방출 전산화단층술(SPECT)】
Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
【뇌척수액검사】
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

③ 피보험자가 사망하여 제2항에서 정하는 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조【보험료 납입면제사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 경우에는 다음 회 이후 납입면제대상계약의 보험료 및 이 특약의 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

제5조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

계약자와 회사가 제4조(보험료 납입면제사유)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】
어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 합니다.

제6조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【고의】
자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.
【심신상실】
의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【보험료 납입면제의 청구】

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(해당 질병 진단서 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 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조【보험료 납입면제의 절차】

① 회사는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사가 보험료 납입면제사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 보험료 납입면제 기일 이내에 보험료 납입을 면제하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 납입면제 예정일에 대하여 피보험자 또는 계약자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】
분쟁조정 신청은 주계약의 '분쟁의 조정'조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제3항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제5조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 보험료 납입면제 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

"정당한 사유"라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

④ 회사는 제3항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다

제3관 특약의 성립과 유지

제9조【특약의 체결】

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

【청약】

계약자가 회사에 대하여 일정한 보험계약을 체결할 것을 목적으로 하는 의사표시로서 이를 회사가 승낙하면 계약이 성립합니다.

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

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

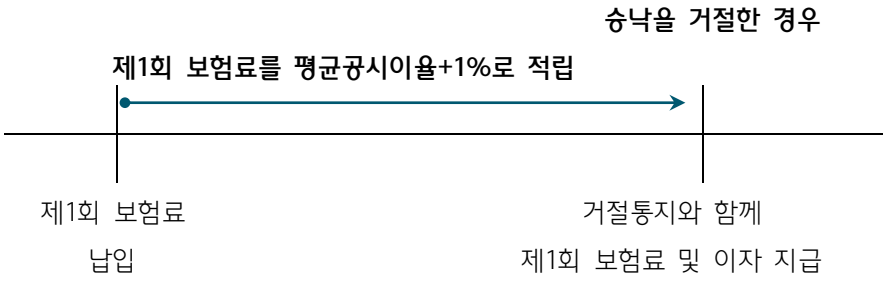
【보험료 할증】

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

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

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

【설명】



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

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제18조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제10조【특약의 소멸】

① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 소멸되고 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우
3. 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유 이외의 사유로 납입면제 대상계약의 보험료 납입이 모두 면제된 경우

② 제1항 제3호의 사유로 특약의 효력이 없어진 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 보험료 납입이 면제된 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 계약자는 제7조(보험료 납입면제의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구해야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험료 납입면제의 절차)의 규정을 따르며, 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 계산방법을 기재한 서류입니다.

③ 제1항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 「민법」 제27조[약관 내 인용조문 참조]에서 정하는 기간 이상으로 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【연명의료】

임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 시행령」으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말합니다.

【연명의료 중단 등 결정】

임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말합니다.

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

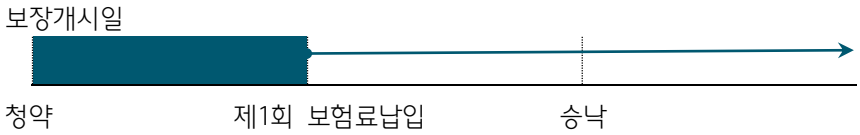
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제13조【특약의 무효】

① 이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 이 특약의 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.

【설명】

'특약에서 정한 피보험자의 나이'라 함은 특약체결당시 사업방법서에서 정한 가입가능한 나이를 말합니다.

【예시】

사업방법서에서 정한 가입가능한 나이가 20세 ~ 70세인 상품의 경우

특약체결시 피보험자의 나이가 19세인 경우 ⇒ 무효
특약체결시 피보험자의 나이가 71세인 경우 ⇒ 무효

② 제1항에도 불구하고 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '상품공시실' 내 '적용이율공시'에서 공시합니다.

③ 간편심사형의 계약일부터 3개월이 지나지 않은 간편심사형의 피보험자를 대상으로 계약자가 일반심사보험에 청약하는 경우, 회사는 해당 피보험자가 일반심사형에 가입 가능한지 여부를 심사합니다. 이 때 일반심사형에 가입이 가능한 경우에는 기존 간편심사형 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려주고 일반심사형에 가입할 수 있음을 안내합니다. 다만, 간편심사형 계약의 보험금이 이미 지급되거나 약관에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각호의 사유로 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산된 해약환급금 중 해당계약에 대한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 이 경우 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나, 해약환급금이 없을 수 있습니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 해지된 경우
2. 납입면제 대상계약 내용의 변경으로 인해 납입면제 대상계약 보험료가 변경된 경우

③ 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 사유가 발생할 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 당시의 계약자적립액 중 해당계약에 대한 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 보험금 지급사유로 인해 더 이상 효력이 없어진 경우
2. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제 사유 이외의 사유로 보험료 납입면제가 발생한 경우

④ 회사는 납입면제 대상계약(주계약 제외)의 무효, 취소, 철회가 발생한 경우 해당 계약을 납입면제 대상계약에서 제외하며, 이미 납입한 보험료 중 해당 계약에 대한 보험료는 계약자에게 돌려드립니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 사유로 인하여 특약 내용의 변경이 있는 경우 계약자는 변경된 납입면제 대상계약을 기준으로 산출한 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험료 납입면제사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 보험기간으로 합니다.

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

제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 바에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

【납입최고(독촉)】

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

③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

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

③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

【부활(효력회복)】

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

【설명】

계약의 부활(효력회복)을 신청하는 경우 가입경로에 따라 방법이 상이하며 부활시점이나 상품에 따라 부활 절차가 달라질 수 있습니다. 부활절차에 관한 사항은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '고객상담' 내 '자주하는문의' 혹은 콜센터(1577-1112)를 통해 확인할 수 있습니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

"제12조(특약의 보장개시)를 준용"한다는 뜻은 "제12조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용"한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제19조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제사유가 발생한 후에는 주계약을 해지하는 경우에만 이 특약을 해지할 수 있습니다.

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

제20조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제21조【보험계약대출】

① 계약자는 이 특약의 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.

【순수보장성보험】
생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말합니다.

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

③ 회사는 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 기타사항

제22조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 '뇌출혈'로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌출혈'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌출혈'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제10조 제2항 및 제20조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
계약자적립액 (제10조 제2항)	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 (제20조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 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 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

08. (무)뇌출혈 납입면제특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 1 관 목적 및 용어의 정의 Ⅶ-161

제 1 조 【목적】 Ⅶ-161

제 2 조 【용어의 정의】 Ⅶ-161

제 2 관 보험료의 납입면제 Ⅶ-163

제 3 조 【'뇌출혈'의 정의 및 진단확정】 Ⅶ-163

제 4 조 【보험료 납입면제사유】 Ⅶ-164

제 5 조 【보험료 납입면제에 관한 세부규정】 Ⅶ-164

제 6 조 【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 Ⅶ-164

제 7 조 【보험료 납입면제의 청구】 Ⅶ-164

제 8 조 【보험료 납입면제의 절차】 Ⅶ-165

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅶ-165

제 9 조 【특약의 체결】 Ⅶ-165

제 10 조 【특약의 소멸】 Ⅶ-167

제 11 조 【피보험자의 범위】 Ⅶ-168

제 12 조 【특약의 보장개시】 Ⅶ-168

제 13 조 【특약의 무효】 Ⅶ-168

제 14 조 【특약내용의 변경 등】 Ⅶ-169

제 15 조 【특약의 보험기간】 Ⅶ-170

제 16 조 【특약의 갱신】 Ⅶ-170

제 4 관 보험료의 납입 Ⅶ-171

제 17 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 Ⅶ-171

제 18 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 Ⅶ-171

제 19 조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 Ⅶ-171

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅶ-172

제 20 조【계약자의 임의해지】 Ⅶ-172

제 21 조【해약환급금】 Ⅶ-172

제 22 조【보험계약대출】 Ⅶ-172

제 6 관 기타사항 Ⅶ-172

제 23 조【주계약 약관의 준용】 Ⅶ-172

별표 1 뇌출혈 분류표 Ⅶ-173

별표 2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅶ-174

08. (무)뇌출혈 납입면제특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험료 납입면제사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

가. **계약자**: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. **보험수익자**: 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제사유에 따라 보험료의 납입을 면제 받는 사람을 말하며 이 특약에서는 계약자로 합니다.

다. **보험증권**: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

【피보험자】
보험계약에서 사망, 장해 또는 생존 등의 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 보험계약자 자신이 피보험자가 될 수도 있고 제3자를 피보험자로 할 수도 있습니다. 다만, 특정한 경우에는 피보험자의 자격이 제한될 수 있습니다.

마. **주계약**: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

바. **납입면제 대상계약**: 주계약 및 계약 체결당시 부가된 특약 중 주계약과 납입기간이 동일한 특약을 말합니다. 다만, 아래에 정하는 사항 중 어느 하나에 해당하는 계약은 제외합니다.

1) 이 특약의 납입면제사유 중 일부 또는 전부를 납입면제 또는 소멸 사유로 하는 주계약 및 특약

2) 보험료 납입면제특약

2. 지급사유 관련 용어

가. **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.

나. **의료기관**: 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

다. **의사**: 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

- 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원
- 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년차 이자)) × 10% = 11원

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. **평균공시이율**: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. **해약환급금**: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간**: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. **영업일**: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」[약관 내 인용조문 참조]에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

다. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일** : 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

5. 갱신관련 용어

가. **최초계약**: 갱신형 특약이 주계약을 체결할 때 제9조(특약의 체결)에 따라 최초로 체결되는 경우 그 계약을 말합니다.

나. **갱신계약**: 특약의 보험기간이 끝난 후 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우 갱신되는 계약을 말합니다.

다. **갱신일**: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 '갱신전 계약'이라 합니다)의 보험기간이 끝나는 날의 다음 날을 말합니다.

【갱신형 특약】

일정주기로 위험률의 변경, 보험나이의 증가 등이 반영되어 계약이 갱신되는 특약을 말하며, 특약명칭에 "갱신형"이라고 명기되어 있습니다.

제2관 보험료의 납입면제

제2관에서는 보험료 납입면제 및 보험료 납입면제 제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제3조【'뇌출혈'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '뇌출혈'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌출혈 분류표('별표1 뇌출혈 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병사인분류 질병 코딩지침서에 의하여 '외상성 두개내출혈' 및 '혈관성 치매'로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

【약관에서 보장하지 않는 뇌출혈에 대한 설명】
외상(재해)으로 인하여 발생한 뇌출혈, 뇌종양(혈관종 포함)의 진행으로 인하여 종양 주변에 발생한 출혈 또는 뇌수술 합병증에 의한 뇌출혈은 약관에서 보장하는 "뇌출혈"에 속하는 뇌출혈(I60~I62)로 분류되지 않기 때문에 이 특약에서 보장하지 않습니다.

② '뇌출혈'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

【뇌전산화 단층촬영(brain CT scan)】
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술
【자기공명영상(MRI)】
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
【뇌혈관조영술】
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술
【양전자방출단층술(PET)】
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
【단일광자방출 전산화단층술(SPECT)】
Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
【뇌척수액검사】
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

③ 피보험자가 사망하여 제2항에서 정하는 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조【보험료 납입면제사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 경우에는 다음 회 이후 납입면제 대상계약의 보험료 및 이 특약의 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

제5조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

계약자와 회사가 제4조(보험료 납입면제사유)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】
어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 합니다.

제6조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【고의】
자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.
【심신상실】
의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【보험료 납입면제의 청구】

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(해당 질병 진단서 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 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조【보험료 납입면제의 절차】

① 회사는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사가 보험료 납입면제사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 보험료 납입면제 기일 이내에 보험료 납입을 면제하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 납입면제 예정일에 대하여 피보험자 또는 계약자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약의 '분쟁의 조정'조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제3항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 보험료 납입면제 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

"정당한 사유"라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

④ 회사는 제3항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다

제3관 특약의 성립과 유지

제9조【특약의 체결】

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

【청약】

계약자가 회사에 대하여 일정한 보험계약을 체결할 것을 목적으로 하는 의사표시로서 이를 회사가

승낙하면 계약이 성립합니다.

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

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

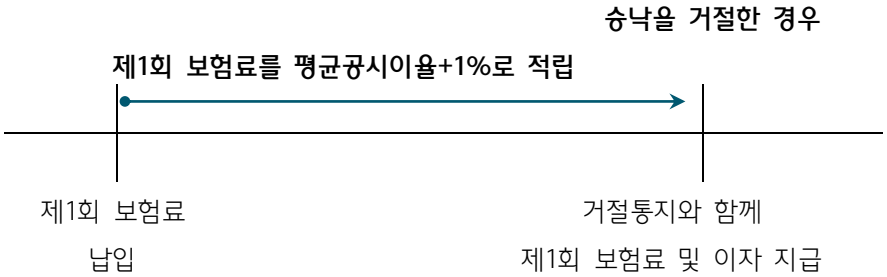
【보험료 할증】

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

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

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

【설명】



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

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제19조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제10조【특약의 소멸】

① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 소멸되고 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우
3. 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유 이외의 사유로 납입면제 대상계약의 보험료 납입이 모두 면제된 경우

② 제1항 제3호의 사유로 특약의 효력이 없어진 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 보험료 납입이 면제된 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 계약자는 제7조(보험료 납입면제의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구해야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험료 납입면제의 절차)의 규정을 따르며, 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 계산방법을 기재한 서류입니다.

③ 제1항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 「민법」 제27조[약관 내 인용조문 참조]에서 정하는 기간 이상으로 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【연명의료】

임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 시행령」으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말합니다.

【연명의료 중단 등 결정】

임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말합니다.

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

【보장개시일】

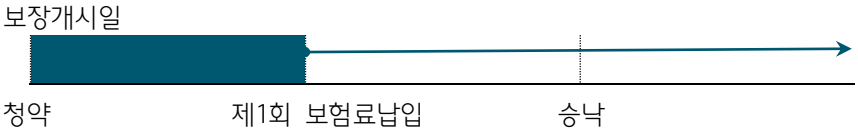
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제13조【특약의 무효】

① 이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 이 특약의 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.

【설명】

‘특약에서 정한 피보험자의 나이’라 함은 특약체결당시 사업방법서에서 정한 가입가능한 나이를 말

합니다.

【예시】

사업방법서에서 정한 가입가능한 나이가 20세 ~ 70세인 상품의 경우

특약체결시 피보험자의 나이가 19세인 경우 ⇒ 무효
특약체결시 피보험자의 나이가 71세인 경우 ⇒ 무효

② 제1항에도 불구하고 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '상품공시실' 내 '적용이율공시'에서 공시합니다.

③ 간편심사형의 계약일부터 3개월이 지나지 않은 간편심사형의 피보험자를 대상으로 계약자가 일반심사보험에 청약하는 경우, 회사는 해당 피보험자가 일반심사형에 가입 가능한지 여부를 심사합니다. 이 때 일반심사형에 가입이 가능한 경우에는 기존 간편심사형 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려주고 일반심사형에 가입할 수 있음을 안내합니다. 다만, 간편심사형 계약의 보험금이 이미 지급되거나 약관에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각호의 사유로 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산된 해약환급금 중 해당계약에 대한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 이 경우 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나, 해약환급금이 없을 수 있습니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 해지된 경우
2. 납입면제 대상계약 내용의 변경으로 인해 납입면제 대상계약 보험료가 변경된 경우

③ 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 사유가 발생할 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 당시의 계약자적립액 중 해당계약에 대한 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 보험금 지급사유로 인해 더 이상 효력이 없어진 경우
2. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제 사유 이외의 사유로 보험료 납입면제가 발생한 경우

④ 회사는 납입면제 대상계약(주계약 제외)의 무효, 취소, 철회가 발생한 경우 해당 계약을 납입면제 대상계약에서 제외하며, 이미 납입한 보험료 중 해당 계약에 대한 보험료는 계약자에게 돌려드립니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 사유로 인하여 특약 내용의 변경이 있는 경우 계약자는 변경된 납입면제 대상계약을 기준으로 산출한 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험료 납입면제사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제16조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제10조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정하는 사유가 발생한 경우
4. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
5. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

③ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

④ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제2항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제3항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제4항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑥ 갱신계약의 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제4관 보험료의 납입

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 보험기간으로 합니다.

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

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 바에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

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

③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

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

③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

【부활(효력회복)】
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일
【설명】
계약의 부활(효력회복)을 신청하는 경우 가입경로에 따라 방법이 상이하며 부활시점이나 상품에 따라 부활 절차가 달라질 수 있습니다. 부활절차에 관한 사항은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '고객상담' 내 '자주하는문의' 혹은 콜센터(1577-1112)를 통해 확인할 수 있습니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】
"제12조(특약의 보장개시)를 준용"한다는 뜻은 "제12조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용"한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제4조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제사유가 발생한 후에는 주계약을 해지하는 경우에만 이 특약을 해지할 수 있습니다.

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

제21조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제22조【보험계약대출】

① 계약자는 이 특약의 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.

【순수보장성보험】
생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말합니다.

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

③ 회사는 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 기타사항

제23조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 '뇌출혈'로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '뇌출혈'의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌출혈'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. '혈관성 치매' 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제10조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
계약자적립액 (제10조 제2항)	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 (제21조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 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 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

09. (무)일반암 납입면제특약(간편심사형) 목차

제 1 관 목적 및 용어의 정의 Ⅶ-177

제 1 조 【목적】 Ⅶ-177

제 2 조 【용어의 정의】 Ⅶ-177

제 2 관 보험료의 납입면제 Ⅶ-178

제 3 조 【'암' 등의 정의 및 진단확정】 Ⅶ-178

제 3 조의 2 【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】 Ⅶ-180

제 4 조 【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】 Ⅶ-180

제 5 조 【보험료 납입면제사유】 Ⅶ-181

제 6 조 【보험료 납입면제에 관한 세부규정】 Ⅶ-181

제 7 조 【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 Ⅶ-182

제 8 조 【보험료 납입면제의 청구】 Ⅶ-182

제 9 조 【보험료 납입면제의 절차】 Ⅶ-182

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅶ-183

제 10 조 【특약의 체결】 Ⅶ-183

제 11 조 【특약의 소멸】 Ⅶ-184

제 12 조 【피보험자의 범위】 Ⅶ-185

제 13 조 【특약의 보장개시】 Ⅶ-185

제 14 조 【특약의 무효】 Ⅶ-186

제 15 조 【특약내용의 변경 등】 Ⅶ-187

제 16 조 【특약의 보험기간】 Ⅶ-188

제 4 관 보험료의 납입 Ⅶ-188

제 17 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 Ⅶ-188

제 18 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 Ⅶ-188
제 19 조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 Ⅶ-188

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등 Ⅶ-189

제 20 조 【계약자의 임의해지】 Ⅶ-189
제 21 조 【해약환급금】 Ⅶ-189
제 22 조 【보험계약대출】 Ⅶ-189

제 6 관 기타사항 Ⅶ-190

제 23 조 【주계약 약관의 준용】 Ⅶ-190

별표 1 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외) Ⅶ-191
별표 2 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표 Ⅶ-193
별표 3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅶ-194

09. (무)일반암 납입면제특약(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험료 납입면제사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

가. **계약자**: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. **보험수익자**: 제5조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제사유에 따라 보험료의 납입을 면제 받는 사람을 말하며 이 특약에서는 계약자로 합니다.

다. **보험증권**: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

【피보험자】
보험계약에서 사망, 장해 또는 생존 등의 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 보험계약자 자신이 피보험자가 될 수도 있고 제3자를 피보험자로 할 수도 있습니다. 다만, 특정한 경우에는 피보험자의 자격이 제한될 수 있습니다.

마. **주계약**: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

바. **납입면제 대상계약**: 주계약 및 계약 체결당시 부가된 특약 중 주계약과 납입기간이 동일한 특약을 말합니다. 다만, 아래에 정하는 사항 중 어느 하나에 해당하는 계약은 제외합니다.

1) 이 특약의 납입면제사유 중 일부 또는 전부를 납입면제 또는 소멸 사유로 하는 주계약 및 특약

2) 보험료 납입면제특약

2. 지급사유 관련 용어

가. **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.

나. **의료기관**: 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

다. **의사**: 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. **연단위 복리**: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

- 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원
- 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년차 이자)) × 10% = 11원

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. **평균공시이율**: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. **해약환급금**: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간**: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. **영업일**: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」[약관 내 인용조문 참조]에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

다. **암보장개시일**: 제13조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

제2관 보험료의 납입면제

제2관에서는 보험료 납입면제 및 보험료 납입면제 제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제3조【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표('기타피부암', '중증 이외 갑상선암' 및 '대장점막내암' 제외) ('별표1 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 계약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 제3조의2('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 중증 이외 갑상선암
3. 제4조('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

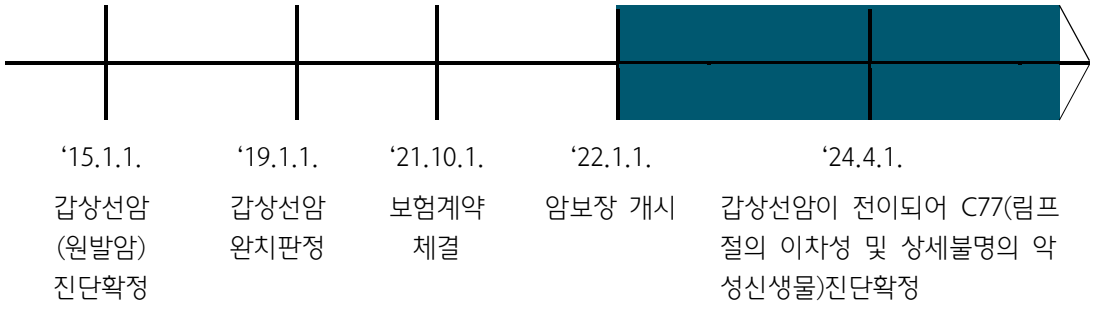
한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라

C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에 있어서 '유방암'이라 함은 제1항에서 정한 '암' 중에서 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '남녀생식기암'이라 함은 제1항에서 정한 '암' 중에서 한국표준질병사인분류 중 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표('별표2 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표' 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ '암', '유방암', '남녀생식기암' 및 '기타피부암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '암', '유방암', '남녀생식기암', 및 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로

합니다. 다만, '중증 갑상선암'의 진단확정은 제3조의2('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정) 제3항을 따릅니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '유방암', '남녀생식기암' 및 '기타피부암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑦ 이 특약에 있어서 '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)중에서 '유방암', '남녀생식기암'을 제외한 암을 말합니다.

제3조의2【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증 갑상선암'은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, '갑상선암'이라 합니다) 중 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '중증 이외 갑상선암'이라 함은 갑상선암에 해당하는 질병 중 '중증 갑상선암'을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

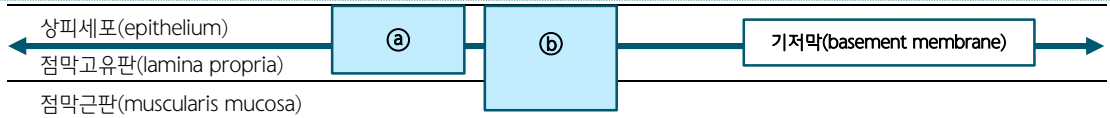
③ '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



(▭ 악성종양세포 침범깊이)

ⓐ 악성종양세포가 점막고유판을 침범한 경우

ⓑ 악성종양세포가 점막근판을 침범한 경우

② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '대장점막내암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '대장점막내암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조【보험료 납입면제사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 일반암으로 진단이 확정되었을 경우에는 다음 회 이후 납입면제 대상계약의 보험료 및 이 특약의 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

제6조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

① 계약자는 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 일반암으로 진단확정된 경우에는 그 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약의 취소를 선택할 수 있으며 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(실제 납입한 이 특약의 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있을 경우 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고, 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 일반암으로 진단확정되었으나 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 경우에는 암보장개시일 전일 이전에 진단확정된 일반암과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제5조(보험료 납입면제사유)의 보험료 납입면제사유가 발생한 경우라도 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일(특약의 부활(효력회복))부터 암보장개시일 전일 이전에 일반암으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 일반암으로 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험료 납입면제사유)에 따라 보장하여 드립니다.

③ 계약자와 회사가 제5조(보험료 납입면제사유)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 합니다.

제7조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제5조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【고의】
자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.
【심신상실】
의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제8조【보험료 납입면제의 청구】

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 해당 질병 진단서 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 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조【보험료 납입면제의 절차】

① 회사는 제8조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사가 보험료 납입면제사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 보험료 납입면제 기일 이내에 보험료 납입을 면제하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 납입면제 예정일에 대하여 피보험자 또는 계약자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약의 '분쟁의 조정'조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제3항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 보험료 납입면제 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

"정당한 사유"라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

④ 회사는 제3항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다

제3관 특약의 성립과 유지

제10조【특약의 체결】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

【청약】

계약자가 회사에 대하여 일정한 보험계약을 체결할 것을 목적으로 하는 의사표시로서 이를 회사가 승낙하면 계약이 성립합니다.

② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간

내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

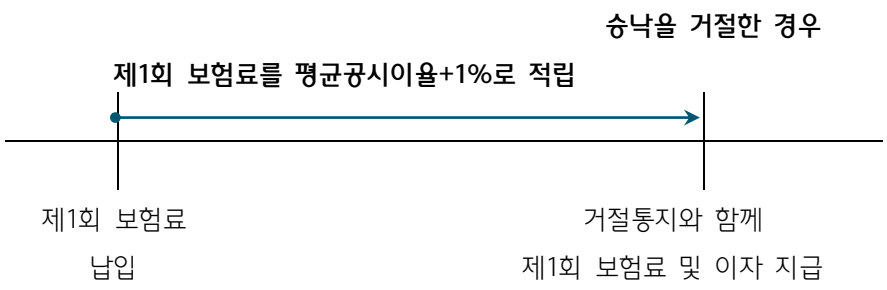
【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

【설명】



⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제8조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제19조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조【특약의 소멸】

① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 소멸되고 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우
3. 제5조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유 이외의 사유로 납입면제 대상계약의 보험료 납입이 모두 면제된 경우

② 제1항 제3호의 사유로 특약의 효력이 없어진 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는

바에 따라 회사가 적립한 보험료 납입이 면제된 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 계약자는 제8조(보험료 납입면제의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구해야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제9조(보험료 납입면제의 절차)의 규정을 따르며, 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 계산방법을 기재한 서류입니다.

③ 제1항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 「민법」 제27조[약관 내 인용조문 참조]에서 정하는 기간 이상으로 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【연명의료】

임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 시행령」으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말합니다.

【연명의료 중단 등 결정】

임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말합니다.

제12조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 제3조('암' 등 의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일

2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

보장개시일 : 2024년 10월 1일

(예시) 암보장개시일

2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제14조【특약의 무효】

① 이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이

특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 이 특약의 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.

【설명】

"특약에서 정한 피보험자의 나이"라 함은 특약체결당시 사업방법서에서 정한 가입가능한 나이를 말합니다.

【예시】

사업방법서에서 정한 가입가능한 나이가 20세 ~ 70세인 상품의 경우
특약체결시 피보험자의 나이가 19세인 경우 ⇒ 무효
특약체결시 피보험자의 나이가 71세인 경우 ⇒ 무효

② 제1항에도 불구하고 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '상품공시실' 내 '적용이율공시'에서 공시합니다.

③ 간편심사형의 계약일부터 3개월이 지나지 않은 간편심사형의 피보험자를 대상으로 계약자가 일반심사보험에 청약하는 경우, 회사는 해당 피보험자가 일반심사형에 가입 가능한지 여부를 심사합니다. 이때 일반심사형에 가입이 가능한 경우에는 기존 간편심사형 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려주고 일반심사형에 가입할 수 있음을 안내합니다. 다만, 간편심사형 계약의 보험금이 이미 지급되거나 약관에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.

제15조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각호의 사유로 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산된 해약환급금 중 해당계약에 대한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 이 경우 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나, 해약환급금이 없을 수 있습니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 해지된 경우
2. 납입면제 대상계약 내용의 변경으로 인해 납입면제 대상계약 보험료가 변경된 경우

③ 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 사유가 발생할 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 당시의 계약자적립액 중 해당계약에 대한 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 보험금 지급사유로 인해 더 이상 효력이 없어진 경우

2. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 제5조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제 사유 이외의 사유로 보험료 납입면제가 발생한 경우

④ 회사는 납입면제 대상계약(주계약 제외)의 무효, 취소, 철회가 발생한 경우 해당 계약을 납입면제 대상계약에서 제외하며, 이미 납입한 보험료 중 해당 계약에 대한 보험료는 계약자에게 돌려드립니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 사유로 인하여 특약 내용의 변경이 있는 경우 계약자는 변경된 납입면제 대상계약을 기준으로 산출한 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험료 납입면제사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 제5조(보험료 납입면제사유)에서 정한 바에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

【납입최고(독촉)】
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을

취급합니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

【설명】

계약의 부활(효력회복)을 신청하는 경우 가입경로에 따라 방법이 상이하며 부활시점이나 상품에 따라 부활 절차가 달라질 수 있습니다. 부활절차에 관한 사항은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '고객상담' 내 '자주하는문의' 혹은 콜센터(1577-1112)를 통해 확인할 수 있습니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

"제13조(특약의 보장개시)를 준용"한다는 뜻은 "제13조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용"한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제5조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제사유가 발생한 후에는 주계약을 해지하는 경우에만 이 특약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제21조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제22조【보험계약대출】

① 계약자는 이 특약의 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.

【순수보장성보험】

생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말합니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출의 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험료 납입면제, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 회사는 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 기타사항

제23조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시

시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제4조('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. '갑상선의 악성신생물(C73)'의 경우 이 계약 제3조의2('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '중증 이외 갑상선암'은 제외됩니다.
5. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표2 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 '남녀생식기암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당 여부를 판단합니다.

구분	분류항목	분류번호
여자	1. 외음의 악성 신생물(암)	C51
	2. 질의 악성 신생물(암)	C52
	3. 자궁경부의 악성 신생물(암)	C53
	4. 자궁체부의 악성 신생물(암)	C54
	5. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C55
	6. 난소의 악성 신생물(암)	C56
	7. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성 신생물(암)	C57
	8. 태반의 악성 신생물(암)	C58
남자	1. 음경의 악성 신생물(암)	C60
	2. 전립선의 악성 신생물(암)	C61
	3. 고환의 악성 신생물(암)	C62
	4. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성 신생물(암)	C63

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제11조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
계약자적립액 (제11조 제2항)	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 (제21조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 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 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

10. (무)일반암 납입면제특약(갱신형)(간편심사형) 목차

제 1 관 목적 및 용어의 정의 Ⅶ-197

제 1 조 【목적】 Ⅶ-197

제 2 조 【용어의 정의】 Ⅶ-197

제 2 관 보험료의 납입면제 Ⅶ-199

제 3 조 【'암' 등의 정의 및 진단확정】 Ⅶ-199

제 3 조의 2 【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】 Ⅶ-200

제 4 조 【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】 Ⅶ-201

제 5 조 【보험료 납입면제사유】 Ⅶ-201

제 6 조 【보험료 납입면제에 관한 세부규정】 Ⅶ-202

제 7 조 【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 Ⅶ-202

제 8 조 【보험료 납입면제의 청구】 Ⅶ-202

제 9 조 【보험료 납입면제의 절차】 Ⅶ-203

제 3 관 특약의 성립과 유지 Ⅶ-204

제 10 조 【특약의 체결】 Ⅶ-204

제 11 조 【특약의 소멸】 Ⅶ-205

제 12 조 【피보험자의 범위】 Ⅶ-206

제 13 조 【특약의 보장개시】 Ⅶ-206

제 14 조 【특약의 무효】 Ⅶ-207

제 15 조 【특약내용의 변경 등】 Ⅶ-208

제 16 조 【특약의 보험기간】 Ⅶ-208

제 17 조 【특약의 갱신】 Ⅶ-209

제 4 관 보험료의 납입 Ⅶ-209

제 18 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】..... Ⅶ-209
제 19 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】..... Ⅶ-209
제 20 조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】..... Ⅶ-210

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등..... Ⅶ-210

제 21 조 【계약자의 임의해지】..... Ⅶ-210
제 22 조 【해약환급금】..... Ⅶ-211
제 23 조 【보험계약대출】..... Ⅶ-211

제 6 관 기타사항..... Ⅶ-211

제 24 조 【주계약 약관의 준용】..... Ⅶ-211

별표 1 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)..... Ⅶ-212
별표 2 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표..... Ⅶ-214
별표 3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... Ⅶ-215

10. (무)일반암 납입면제특약(갱신형)(간편심사형) 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제5조(보험료 납입면제사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. **계약자**: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. **보험수익자**: 제5조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제사유에 따라 보험료의 납입을 면제 받는 사람을 말하며 이 특약에서는 계약자로 합니다.

다. **보험증권**: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

【피보험자】
보험계약에서 사망, 장해 또는 생존 등의 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 보험계약자 자신이 피보험자가 될 수도 있고 제3자를 피보험자로 할 수도 있습니다. 다만, 특정한 경우에는 피보험자의 자격이 제한될 수 있습니다.

마. **주계약**: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

바. **납입면제 대상계약**: 주계약 및 계약 체결당시 부가된 특약 중 주계약과 납입기간이 동일한 특약을 말합니다. 다만, 아래에 정하는 사항 중 어느 하나에 해당하는 계약은 제외합니다.

1) 이 특약의 납입면제사유 중 일부 또는 전부를 납입면제 또는 소멸 사유로 하는 주계약 및 특약

2) 보험료 납입면제특약

2. 지급사유 관련 용어

가. **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.

나. **의료기관**: 「의료법」 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

다. **의사**: 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. **연단위 복리**: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

- 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원
- 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년차 이자)) × 10% = 11원

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. **평균공시이율**: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. **해약환급금**: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간** : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. **영업일**: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」[약관 내 인용조문 참조]에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

다. **암보장개시일**: 제13조(특약의 보장개시) 제2항에 따른 보장개시일을 말합니다.

5. 갱신관련 용어

가. **최초계약**: 갱신형 특약이 주계약을 체결할 때 제10조(특약의 체결)에 따라 최초로 체결되는 경우 그 계약을 말합니다.

나. **갱신계약**: 특약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우 갱신되는 계약을 말합니다.

다. **갱신일**: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 '갱신전 계약'이라 합니다)의 보험기간이 끝나는 날의 다음 날을 말합니다.

【갱신형 특약】

일정주기로 위험률의 변경, 보험나이의 증가 등이 반영되어 계약이 갱신되는 특약을 말하며, 특약명칭에 "갱신형"이라고 명기되어 있습니다.

라. **최종 갱신계약의 보험기간 종료일**: 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 이내에서, 계약자가 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약의 보험기간) 이내에서 선택한 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일을 말합니다.

제2관 보험료의 납입면제

제2관에서는 보험료 납입면제 및 보험료 납입면제 제한 사항 등에 대한 설명을 포함하고 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제3조【'암' 등의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표('기타피부암', '중증 이외 갑상선암' 및 '대장점막내암' 제외) ('별표1 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음 호에 해당하는 질병은 이 계약에 있어서 '암'에 해당하지 않습니다.

1. 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병
2. 제3조의2('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 중증 이외 갑상선암
3. 제4조('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
4. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)), 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

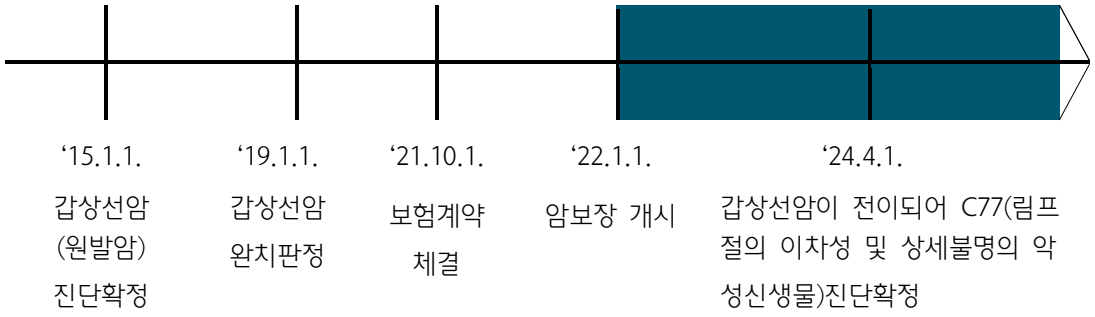
【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

【이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80) 진단시 보험금지급 예시】



⇒ 전이암(C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물))의 진단시점이 암보장개시일 이후이므로, 2024년 4월 1일을 진단확정일로 보고 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에 있어서 '유방암'이라 함은 제1항에서 정한 '암' 중에서 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 '남녀생식기암'이라 함은 제1항에서 정한 '암' 중에서 한국표준질병사인분류 중 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표('별표2 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표' 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ '암', '유방암', '남녀생식기암' 및 '기타피부암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '암', '유방암', '남녀생식기암', 및 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 다만, '중증 갑상선암'의 진단확정은 제3조의2('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정) 제3항을 따릅니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '유방암', '남녀생식기암' 및 '기타피부암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑦ 이 특약에 있어서 '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)중에서 '유방암', '남녀생식기암'을 제외한 암을 말합니다.

제3조의2【'중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '중증 갑상선암'은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의

악성신생물(암))에 해당하는 질병(이하, '갑상선암'이라 합니다) 중 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 '중증 이외 갑상선암'이라 함은 갑상선암에 해당하는 질병 중 '중증 갑상선암'을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

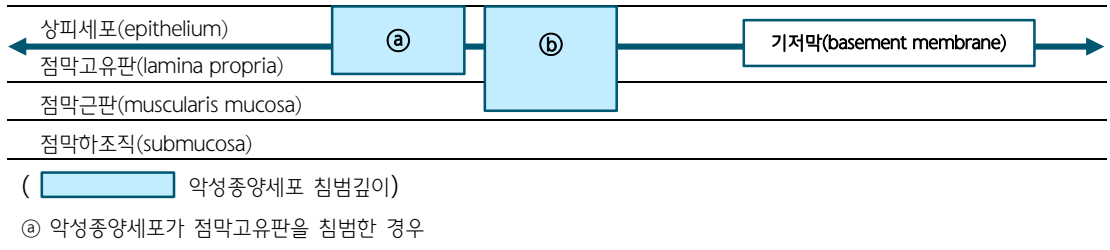
③ '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조【'대장점막내암'의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 '대장점막내암'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】



② '대장점막내암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 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 하며, 이 경우 '대장점막내암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '대장점막내암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조【보험료 납입면제사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 일반암으로 진단이 확정되었을 경우에는 다음 회 이후 납입면제 대상계약의 보험료 및 이 특약의 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

제6조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

① 계약자는 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 일반암으로 진단확정된 경우에는 그 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약의 취소를 선택할 수 있으며 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(실제 납입한 이 특약의 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있을 경우 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고, 피보험자가 최초계약의 계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 일반암으로 진단확정 되었으나 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 경우에는 암보장개시일 전일 이전에 진단확정된 일반암과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제5조(보험료 납입면제사유)의 보험료 납입면제사유가 발생한 경우라도 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일(특약의 부활(효력회복))부터 암보장개시일 전일 이전에 일반암으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 일반암으로 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험료 납입면제사유)에 따라 보장하여 드립니다.

③ 계약자와 회사가 제5조(보험료 납입면제사유)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)[약관 내 인용조문 참조]에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】
어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 합니다.

제7조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제5조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【고의】
자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.
【심신상실】
의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제8조【보험료 납입면제의 청구】

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 해당 질병 진단서 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 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조【보험료 납입면제의 절차】

① 회사는 제8조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사가 보험료 납입면제사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 보험료 납입면제 기일 이내에 보험료 납입을 면제하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 납입면제 예정일에 대하여 피보험자 또는 계약자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약의 '분쟁의 조정'조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제3항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 보험료 납입면제 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

"정당한 사유"라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

④ 회사는 제3항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다

제3관 특약의 성립과 유지

제10조【특약의 체결】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

【청약】
계약자가 회사에 대하여 일정한 보험계약을 체결할 것을 목적으로 하는 의사표시로서 이를 회사가 승낙하면 계약이 성립합니다.

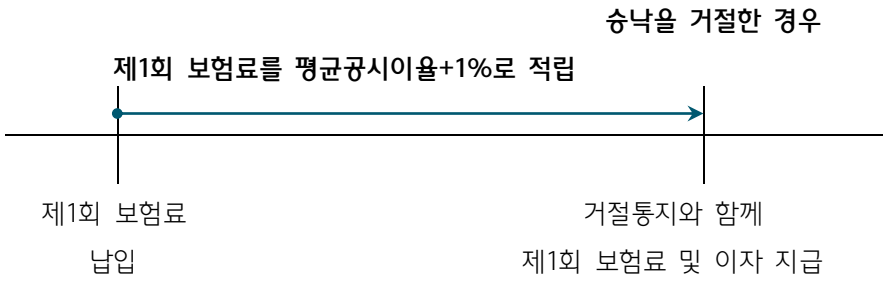
② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법
【일부보장 제외(부담보)】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외하는 방법
【보험금 삭감】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법
【보험료 할증】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

【설명】



⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제8조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제20조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조【특약의 소멸】

① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 소멸되고 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우
3. 제5조(보험료 납입면제사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유 이외의 사유로 납입면제 대상계약의 보험료 납입이 모두 면제된 경우

② 제1항 제3호의 사유로 특약의 효력이 없어진 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 보험료 납입이 면제된 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 계약자는 제8조(보험료 납입면제의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구해야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제9조(보험료 납입면제의 절차)의 규정을 따르며, 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 계산방법을 기재한 서류입니다.

③ 제1항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 「민법」 제27조[약관 내 인용조문 참조]에서 정하는 기간 이상으로

계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【연명의료】

임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 시행령」으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말합니다.

【연명의료 중단 등 결정】

임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말합니다.

제12조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조【특약의 보장개시】

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 제3조('암' 등 의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '암'에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 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.

【보장개시일 예시】

• 청약 후에 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

• 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

보장개시일

청약 승낙

제1회 보험료 납입

• 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

보장개시일

청약 제1회 보험료납입 승낙

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일

2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

보장개시일 : 2024년 10월 1일

(예시) 암보장개시일(최초계약기준)

2024년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

암보장개시일 : 2024년 12월 30일(2024년 10월 1일 + 90일 = 2024년 12월 30일)

제14조【특약의 무효】

① 이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 이 특약의 보험료를 말하며 감액으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.

【설명】

“특약에서 정한 피보험자의 나이”라 함은 특약체결당시 사업방법서에서 정한 가입가능한 나이를 말합니다.

【예시】

사업방법서에서 정한 가입가능한 나이가 20세 ~ 70세인 상품의 경우

특약체결시 피보험자의 나이가 19세인 경우 ⇒ 무효

특약체결시 피보험자의 나이가 71세인 경우 ⇒ 무효

② 제1항에도 불구하고 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】
보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '상품공시실' 내 '적용이율공시'에서 공시합니다.

③ 간편심사형의 계약일부터 3개월이 지나지 않은 간편심사형의 피보험자를 대상으로 계약자가 일반심사보험에 청약하는 경우, 회사는 해당 피보험자가 일반심사형에 가입 가능한지 여부를 심사합니다. 이때 일반심사형에 가입이 가능한 경우에는 기존 간편심사형 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려주고 일반심사형에 가입할 수 있음을 안내합니다. 다만, 간편심사형 계약의 보험금이 이미 지급되거나 약관에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.

제15조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각호의 사유로 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산된 해약환급금 중 해당계약에 대한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 이 경우 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적거나, 해약환급금이 없을 수 있습니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 해지된 경우
2. 납입면제 대상계약 내용의 변경으로 인해 납입면제 대상계약 보험료가 변경된 경우

③ 회사는 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 사유가 발생할 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 당시의 계약자적립액 중 해당계약에 대한 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

1. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 보험금 지급사유로 인해 더 이상 효력이 없어진 경우
2. 납입면제 대상계약(주계약 제외)이 제5조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제 사유 이외의 사유로 보험료 납입면제가 발생한 경우

④ 회사는 납입면제 대상계약(주계약 제외)의 무효, 취소, 철회가 발생한 경우 해당 계약을 납입면제 대상계약에서 제외하며, 이미 납입한 보험료 중 해당 계약에 대한 보험료는 계약자에게 돌려드립니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 사유로 인하여 특약 내용의 변경이 있는 경우 계약자는 변경된 납입면제 대상계약을 기준으로 산출한 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험료 납입면제사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조【특약의 보험기간】

① 최초계약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 정한 보험기간 이내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 최초계약에서 정한 보험기간과 동일한 기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 최초계약에서 정한 보험기간 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 특약의 보험기간이라 합니다.

제17조【특약의 갱신】

① 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료납입기일(갱신전 특약의 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입한 경우, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 갱신전 특약의 보험기간이 끝나는 날이 최종 갱신계약의 종료일과 같은 경우
2. 제11조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
3. 제5조(보험료 납입면제사유)에서 정하는 사유가 발생한 경우
4. 갱신전 특약의 보험료 납입연체시 납입최고(독촉)기간까지 갱신전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
5. 계약자가 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 이전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

③ 갱신계약의 약관은 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

④ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 기초율(적용이율, 위험률 등)을 적용하여 계산하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑤ 회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간이 끝나는 날의 30일전까지 서면, 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제2항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한사유
2. 제3항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제4항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑥ 갱신계약의 유형은 갱신전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제4관 보험료의 납입

제18조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 제5조(보험료 납입면제사유)에서 정한 바에 따라 보험료 납입을 면제합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

【설명】

계약의 부활(효력회복)을 신청하는 경우 가입경로에 따라 방법이 상이하며 부활시점이나 상품에 따라 부활 절차가 달라질 수 있습니다. 부활절차에 관한 사항은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '고객상담' 내 '자주하는문의' 혹은 콜센터(1577-1112)를 통해 확인할 수 있습니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

"제13조(특약의 보장개시)를 준용"한다는 뜻은 "제13조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용"한다는 뜻입니다.

제5관 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. 다만, 제5조(보험료 납입면제사유)에서 정한 납입면제사유가 발생한 후에는 주계약을 해지하는 경우에만 이 특약을 해지할

수 있습니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제22조【해약환급금】

① 이 특약에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금을 지급할 때 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제23조【보험계약대출】

① 계약자는 이 특약의 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.

【순수보장성보험】
생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말합니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출의 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험료 납입면제, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 회사는 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 기타사항

제24조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 '암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 갑상선의 악성 신생물(암)	C73
13. 부신의 악성신생물(암)	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시

시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제4조('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. '갑상선의 악성신생물(C73)'의 경우 이 계약 제3조의2('중증 갑상선암' 및 '중증 이외 갑상선암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '중증 이외 갑상선암'은 제외됩니다.
5. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물(암)), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물[한국표준질병사인분류상 악성신생물로 분류되는 질병으로 C44(기타피부의 악성신생물(암)), 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암을 포함합니다]이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표2 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 '남녀생식기암'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당 여부를 판단합니다.

구분	분류항목	분류번호
여자	1. 외음의 악성 신생물(암)	C51
	2. 질의 악성 신생물(암)	C52
	3. 자궁경부의 악성 신생물(암)	C53
	4. 자궁체부의 악성 신생물(암)	C54
	5. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C55
	6. 난소의 악성 신생물(암)	C56
	7. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성 신생물(암)	C57
	8. 태반의 악성 신생물(암)	C58
남자	1. 음경의 악성 신생물(암)	C60
	2. 전립선의 악성 신생물(암)	C61
	3. 고환의 악성 신생물(암)	C62
	4. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성 신생물(암)	C63

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '남녀생식기암'의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제11조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
계약자적립액 (제11조 제2항)	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 (제22조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 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 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

01. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수특약 목차

제1조【목적】..... Ⅷ-2

제2조【용어의 정의】..... Ⅷ-2

제3조【특약의 체결 및 소멸】..... Ⅷ-2

제4조【특약면책조건의 내용】..... Ⅷ-4

제5조【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】..... Ⅷ-4

제6조【해당계약 약관규정의 준용】..... Ⅷ-6

별표1 특정신체부위분류표 Ⅷ-7

별표2 특정질병분류표 Ⅷ-9

별표3 재해분류표 Ⅷ-14

01. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수특약 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약에서 정하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 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. **보험증권**: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

다. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

> **【피보험자】**
>
> 보험계약에서 사망, 장해 또는 생존 등의 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 보험계약자 자신이 피보험자가 될 수도 있고 제3자를 피보험자로 할 수도 있습니다. 다만, 특정한 경우에는 피보험자의 자격이 제한될 수 있습니다.

라. **주계약**: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

마. **해당계약**: 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약을 말합니다.

바. **유사계약**: 「보험업법」 제97조 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2 제1항에 따른 보장내용 등이 비슷한 당사의 보험계약을 말합니다.

> **【「보험업법」 제97조(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위)】**
>
> ① 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 그 체결 또는 모집에 관하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다.
>
> 5. 보험계약자 또는 피보험자로 하여금 이미 성립된 보험계약(이하 이 조에서 "기존보험계약"이라 한다)을 부당하게 소멸시킴으로써 새로운 보험계약(대통령령으로 정하는 바에 따라 기존보험계약과 보장 내용 등이 비슷한 경우만 해당한다. 이하 이 조에서 같다)을 청약하게 하거나 새로운 보험계약을 청약하게 함으로써 기존보험계약을 부당하게 소멸시키거나 그 밖에 부당하게 보험계약을 청약하게 하거나 이러한 것을 권유하는 행위
>
> **<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>**

【「보험업법 시행령」 제43조의2(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위)】

① 법 제97조제1항제5호에 따라 이미 성립된 보험계약(이하 “기존보험계약”이라 한다)과 보장 내용 등이 비슷한 새로운 보험계약은 다음 각 호의 사항에 모두 해당하여야 한다. 다만, 기존보험계약 또는 새로운 보험계약의 보험기간이 1년 이하인 경우 또는 컴퓨터통신을 이용하여 새로운 보험계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 기존보험계약과 새로운 보험계약의 피보험자가 같을 것
2. 기존보험계약과 새로운 보험계약의 위험보장의 범위가 법 제2조제1호 각 목의 생명보험상품, 손해보험상품, 제3보험상품의 구분에 따라 비슷할 것

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

2. 지급사유 관련 용어

가. **재해**: ‘별표3 재해분류표’에서 정한 재해를 말합니다.

나. **면책**: 제4조(특약면책조건의 내용) 제2항에서 정한 질병을 직접적인 원인으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않는 것을 말합니다.

다. **면책기간**: 면책이 적용되는 기간으로 제4조(특약면책조건의 내용) 제4항에 따른 기간을 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간**: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제3조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 해당계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 계약심사기준에 적합하지 않은 경우 또는 해당계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약(또는 신청)과 회사의 승낙으로 해당계약에 부가하여 이루어집니다.

【계약심사기준】

질병, 직업, 건강진단 결과 등을 토대로 보험가입 거절, 일부 보장 제외, 보험금 삭감 등 조건부 인수여부를 결정하는 기준

② 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 혹은 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거병력(계약 전 알릴 의무 사항에 해당하는 질병)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 혹은 질병 등으로 제한하며, 이 특약을 부가할 때에는 회사는 보장제한 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

【의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우】

병원에서 시행된 연구, 임상시험 등 과학적 연구나 실험을 통해 특정 원인과 결과(인과관계)가 직접적으로 증명된 경우를 말합니다.

(예시) B형 간염 바이러스에 감염되면 간세포 손상이 누적되어 간경변증과 간암으로 진행할 가능성이 높습니다.

(예시) 당뇨병 환자는 혈당 조절이 되지 않을 경우 신장 손상이 진행되어 만성 신부전(말기 신부전)으로 이어질 가능성이 매우 높습니다.

【경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우】

의학적으로 원인과 결과(인과관계)가 명확히 증명되지 않았더라도, 경험적 데이터(통계)와 관찰을 통해 상관관계가 높은 것으로 판단된 경우를 말합니다.

(예시) 과거에 임신성 당뇨병을 겪은 여성들은 이후 제2형 당뇨병에 걸릴 확률이 높다는 것이 확인되었습니다.

(예시) 어린 시절 천식을 앓았던 사람은 성인이 된 후 만성 폐쇄성 폐질환을 겪을 가능성이 더 높다는 통계가 있습니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

④ 해당계약의 해지 및 기타 사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 소멸되고 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 해당계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 제4조(특약면책조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 제4조(특약면책조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제4조【특약면책조건의 내용】

① 이 특약의 보험종목은 다음 각 호에서 정하는 형태로 나누어 적용합니다.

1. '특정신체부위 보장제한형'(1종): 특정신체부위분류표('별표1 특정신체부위분류표' 참조, 이하 '특정신체부위분류표'라 합니다) 중에서 회사가 지정한 신체부위(이하 '특정신체부위'라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병에 대해 보장을 제한합니다.
2. '특정신체부위 및 특정질병 보장제한형'(2종): 특정신체부위에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병 및 특정질병분류표('별표2 특정질병분류표' 참조, 이하 '특정질병분류표'라 합니다) 중에서 회사가 지정한 질병(이하 '특정질병'이라 합니다)에 대해 보장을 제한합니다.

② 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 이 특약의 피보험자가 사망하여 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 특정신체부위에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병
2. 특정질병

③ 제2항에도 불구하고 '특정신체부위 보장제한형'은 제2항 제1호에 해당하는 경우에만 면책을 적용하며, '특정신체부위 및 특정질병 보장제한형'은 제2항 제1호 또는 제2호에 해당하는 경우 면책을 적용합니다.

④ 제2항의 면책기간은 특정질병 또는 특정신체부위의 상태에 따라 「1개월부터 5년」 또는 「해당계약의 보험기간」으로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약심사기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

【자동갱신계약의 면책기간 산정방법】

계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약심사 없이 갱신되는 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)에 이 특약을 부가하는 경우 「면책기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 하며, 「해당계약의 보험기간」은 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 유사계약이 해당계약 청약일 현재 유지중이거나, 해당계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 면책기간 종료일 이내에서 해당계약의 면책기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 해당계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 다만, 피보험자에게 유사계약 청약일 이후 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(재진단·치료 등은 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 해당계약에 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원비, 수술비, 진단비 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 아니할 수 있습니다.

⑥ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 제2항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우(다만, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 발생한 특정질병 이외의 질병으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 재해로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
4. 계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 제2항 제1호 또는 제2호에서 지정한 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없고, 청약일로부터 5년이 지난 이후 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 해당계약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
   다만, 해당계약 청약일 현재 면책기간을 「계약의 보험기간」으로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 해당계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 해당계약 청약일 사이에 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 추가 진단 또는 치료를 받지 않았다면 해당계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

⑦ 제6항 제4호의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 해당계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제6항 제4호의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제5조(효력상실된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 청약일로 하여 제4항 내지 제6항을 적용합니다.

⑩ 이 특약을 입원을 보장하는 계약에 부가하고, 피보험자가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여

계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑪ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑫ 제2항의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

⑬ 제4항에도 불구하고 「해당계약의 보험기간」동안 적용하는 면책기간은 재심사일(의무기록사본 접수일)을 기준으로 재산정할 수 있으며 제4항 내지 제6항에 따라 보장합니다.

제5조【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 해당계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 해당계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 해당계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 해당계약의 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 제3조(특약의 체결 및 소멸) 제3항의 규정을 따릅니다.

제6조【해당계약 약관규정의 준용】

이 특약에서 따로 정하지 않은 사항에 대하여는 이 특약이 부가된 해당계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1 특정신체부위분류표

분류번호	특정신체부위의 명칭
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴)포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭

분류번호	특정신체부위의 명칭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부 (해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈 · 아래턱뼈)
49	쇄골(빗장뼈)
50	늑골(갈비뼈)

별표2 특정질병분류표

약관에 규정하는 특정질병으로 분류된 질병은 제9차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 정하는 특정질병 해당 여부를 판단합니다.

병명	분류번호	세부내용
심장질환	I00~I02	급성 류마티스열
	I05~I09	만성 류마티스심장질환
	I20~I25	허혈 심장질환
	I26~I28	폐성 심장병 및 폐순환의 질환
	I30~I52	기타 형태의 심장병
뇌혈관질환	I60~I69	뇌혈관질환
당뇨병	E10~E14	당뇨병
	O24	임신중 당뇨병
고혈압질환	I10~I13, I15	고혈압성 질환
결핵	A15~A19	결핵
	B90	결핵의 후유증
담석증	K80	담석증
요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
	N21	하부 요로의 결석
	N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
	N23	상세불명의 신장 급통증
임신중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
	O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨
	O13	임신[임신-유발] 고혈압
	O14	전자간
	O15	자간
골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사 양성 류마티스 관절염
	M06	기타 류마티스 관절염
	M08	연소성 관절염
	M13	기타 관절염

병명	분류번호	세부내용
	M15	다발관절증
	M16	고관절증
	M17	무릎관절증
	M18	제 1수근중수 관절의 관절증
	M19	기타 관절증
척추질환 (경추,흉추,요추, 천추,미추 부위의 척추질환)	M40	척추후만증 및 척추전만증
	M41	척추측만증
	M42	척추골연골증
	M43	기타 변형성 등병증
	M45	강직 척추염
	M46	기타 염증성 척추병증
	M47	척추증
	M48	기타 척추병증
	M49	달리 분류된 질환에서의 척추병증
	M50	경추간판장애
	M51	기타 추간판장애
	M53	달리 분류되지 않은 기타 등병증
	M54	등통증
골반염	N70	난관염 및 난소염
	N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
	N72	자궁경부의 염증성 질환
	N73	기타 여성 골반염증 질환
	N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반 염증 장애
자궁내막증	N80	자궁내막증
자궁근종	D25	자궁의 평활근종
통풍	E79	퓨린 및 피리미딘 대사장애
	M10	통풍
고지혈증	E78	지질단백질 대사 장애 및 기타 지질증
사시	H49	마비성 사시
	H50	기타 사시
	H51	양안운동의 기타 장애

병명	분류번호	세부내용
백내장	H25	노년 백내장
	H26	기타 백내장
	H27	수정체의 기타 장애
하지정맥류 (정맥염 포함)	I80	정맥염 및 혈전정맥염
	I83	하지의 정맥류
	I87	정맥의 기타 장애
탈장 (음낭수종 포함)	K40	사타구니탈장
	K41	대퇴탈장
	K42	배꼽탈장
	K43	복벽탈장
	K44	횡격막탈장
	K45	기타 복부탈장
	K46	상세불명의 복부탈장
	N43	음낭수종 및 정액류
유산	N96	습관적유산자
	O00	자궁외 임신
	O01	포상기태
	O02	기타 비정상적 수태부산물
	O03	자연유산
	O04	의학적 유산
	O05	기타 유산
	O06	상세불명의 유산
	O07	시도된 유산의 실패
	O08	유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증
	O20	초기 임신중 출혈
복막의 질환	K65	복막염
	K66	복막의 기타 장애
	K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
	M81	병적 골절이 없는 골다공증
	M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증

병명	분류번호	세부내용
천식	J45	천식
	J46	천식지속 상태
빈혈	D50~D53	영양성 빈혈
	D55~D59	용혈성 빈혈
	D60~D64	무형성 및 기타 빈혈
소화기용종	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물
	D13	기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물
	K62	항문 및 직장의 기타 질환
	K63	장의 기타 질환
림프절질환	I88	비특이성 림프절염
	I89	림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애
	L04	급성 림프절염
	R59	림프절비대
지방종	D17	양성 지방종성 신생물
	D21	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물
	D23	피부의 기타 양성 신생물
양성뇌종양 (경계성종양제외)	D32	수막의 양성 신생물
	D33	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물
	D35.2	뇌하수체의 양성 신생물
	D35.3	두개인두관의 양성 신생물
	D35.4	송과선의 양성 신생물
암	C00 – C14	입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)
	C15 – C26	소화기관의 악성신생물(암)
	C30 – C39	호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)
	C40 – C41	골 및 관절연골의 악성신생물(암)
	C43	피부의 악성흑색종
	C45 – C49	중피성 및 연조직의 악성신생물(암)
	C50	유방의 악성신생물(암)
	C51 – C58	여성 생식기관의 악성신생물(암)
	C60 – C63	남성 생식기관의 악성신생물(암)
	C64 – C68	요로의 악성신생물(암)

병명	분류번호	세부내용
	C69 – C72	눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)
	C74	부신의 악성신생물(암)
	C75	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)
	C76 – C80	불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)
	C81 – C96	림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)
	C97	독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)
	D45	진성 적혈구 증가증
	D46	골수 형성이상 증후군
	D47.1	만성 골수증식 질환
	D47.3	본태성(출혈성) 혈소판혈증
	D47.4	골수섬유증
	D47.5	만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]

(주)

1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 정하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 제1항에 따라 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 정하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표3 재해분류표

※ 특약 일반사항의
별표1-1 재해분류표와 동일

02. 지정대리청구서비스특약 목차

제1관 목적 및 용어의 정의 Ⅷ-16

제1조【목적】..... Ⅷ-16

제2조【용어의 정의】..... Ⅷ-16

제2관 특약의 성립과 유지 Ⅷ-16

제3조【특약의 체결 및 소멸】..... Ⅷ-16

제3관 지정대리청구에 관한 사항 Ⅷ-17

제4조【적용대상】..... Ⅷ-17

제5조【지정대리청구인의 지정】..... Ⅷ-17

제6조【지정대리청구인의 변경 지정】..... Ⅷ-17

제7조【지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차】..... Ⅷ-17

제8조【지정대리청구인에 의한 보험금의 청구】..... Ⅷ-17

제4관 기타사항 Ⅷ-18

제9조【준용규정】..... Ⅷ-18

02. 지정대리청구서비스특약 약관

※ 이 특약은 계약자가 선택한 경우에만 적용합니다.

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 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가합니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 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. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

> **【피보험자】**
>
> 보험계약에서 사망, 장해 또는 생존 등의 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 보험계약자 자신이 피보험자가 될 수도 있고 제3자를 피보험자로 할 수도 있습니다. 다만, 특정한 경우에는 피보험자의 자격이 제한될 수 있습니다.

마. **주계약**: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

제2관 특약의 성립과 유지

제3조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가됩니다.

> **【청약】**
>
> 계약자가 회사에 대하여 일정한 보험계약을 체결할 것을 목적으로 하는 의사표시로서 이를 회사가 승낙하면 계약이 성립합니다.

② 제4조(적용대상)의 계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 되는 경우에는 이 특약은 소멸되고 더 이상 효력이 없습니다.

제3관 지정대리청구에 관한 사항

제4조【적용대상】

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 주계약 및 특약에 적용됩니다.

제5조【지정대리청구인의 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 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 '지정대리청구인'이라 합니다)으로 지정(제6조(지정대리청구인의 변경 지정)에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제4조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제6조【지정대리청구인의 변경 지정】

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자의사표시의 확인방법 포함)

제7조【지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차】

① 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류 및 제4조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제4조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조【지정대리청구인에 의한 보험금의 청구】

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 주계약 또는 특약 약관에서 정하는 사고증명서

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4관 기타사항

제9조【준용규정】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

03. 장애인전용보험 전환특약 목차

제1조【특약의 적용범위】.....Ⅷ-20
제2조【제출서류】.....Ⅷ-22
제3조【장애인전용보험으로의 전환】.....Ⅷ-22
제4조【전환취소】.....Ⅷ-23
제5조【준용규정】.....Ⅷ-23

03. 장애인전용보험 전환특약 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제1조【특약의 적용범위】

① 이 특약은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 '전환대상계약'이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1.「소득세법」 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【「소득세법」】

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)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【「소득세법 시행령」】

제118조의4(보험료의 세액공제)

①「소득세법」 제59조의4 제1항 제1호에서 '대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료'란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

②「소득세법」 제59조의4 제1항 제2호에서 '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「대한소

방공제회법」에 따른 공제

6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【「소득세법 시행규칙」】

제61조의3(공제대상보험료의 범위)

「소득세법 시행령」 제118조의4 제2항 각 호 외의 부분에서 '기획재정부령으로 정하는 것'이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령」 제107조(장애인의 범위) 제1항에서 규정한 장애인인 보험

【「소득세법 시행령」】

제107조(장애인의 범위)

① 「소득세법」 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 삭제
4. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【「소득세법 시행규칙」】

제54조(장애아동의 범위 등)

① 「소득세법 시행령」 제107조 제1항 제1호에서 '기획재정부령으로 정하는 사람'이란 「장애아동복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

② 「소득세법 시행령」 제107조 제2항 각 호 외의 부분 단서에서 "기획재정부령으로 정하는 서류"란 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 장애인에 대한 추가공제에 관한 서류로서 소득공제명세를 일괄적으로 적어 국세청장이 발급하는 서류를 말한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시】

피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다.
장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조【제출서류】

① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙」 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본(이하, '장애인증명서'라 합니다)을 제출하여 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조【장애인전용보험으로의 전환】

① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 「소득세법」 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

【설명】

2020년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2020년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전(2020년 1월 15일~ 2020년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2020년 6월 1일~ 2020년 12월 31일) 납입된 보험료만 장애인전용 보장성보험으로 표시됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, '전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우' 또는 '전환대상계약이 장애인전용

보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우'에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

【설명】

2020년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2020년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2020년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위)제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조【전환취소】

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조【준용규정】

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

04. 치료비선지급서비스특약 목차

제1조【목적】.....Ⅷ-25
제2조【용어의 정의】.....Ⅷ-25
제3조[선지급 보험금의 정의】.....Ⅷ-25
제4조【선지급 보험금의 지급사유】.....Ⅷ-25
제5조【선지급 보험금 지급에 관한 세부규정】.....Ⅷ-26
제6조【선지급 보험금의 청구】.....Ⅷ-28
제7조【선지급 보험금의 지급절차】.....Ⅷ-28
제8조【적용대상특약 약관의 준용】.....Ⅷ-28

별표1 선지급 적용대상특약 분류표 Ⅷ-29
별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 Ⅷ-30

04. 치료비선지급서비스특약 약관

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다. 다만, 이 특약에서 적용되지 않은 용어의 정의는 '적용대상특약' 약관을 준용합니다.

1. **적용대상특약** : '선지급 보험금' 지급 대상이 되는 상품으로 2026년 6월 1일 이후 판매한 보험 중 '별표1 선지급 적용대상특약 분류표'에서 정한 특약을 말합니다.
2. **계약자**: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
3. **보험수익자**: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
4. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. 이 특약의 피보험자는 적용대상특약의 피보험자로 합니다.
5. **주계약**: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.
6. **보장개시일** : 이 특약의 보장개시일은 적용대상특약에서 정한 보장개시일과 같습니다.
7. **보장질병** : 이 특약의 보장질병은 적용대상특약의 약관에서 보험금 지급사유로 정한 질병을 말합니다.

제3조【선지급 보험금의 정의】

이 특약에서 '선지급 보험금'이란 적용대상특약의 약관 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하는 주요치료가 발생하기 이전에 제4조(선지급 보험금의 지급사유)를 충족하여 주요치료를 받는다는 조건을 전제로 먼저 지급하는 금액을 말합니다.

제4조【선지급 보험금의 지급사유】

① 회사는 피보험자가 '적용대상특약'의 보험기간 중에 보장개시일 이후 '보장질병'으로 진단 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 '치료 또는 수술'을 받기 위해 치료일자 또는 수술일자 예약 후 제6조(선지급 보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 보험수익자에게 '선지급 보험금'을 지급합니다.

② 제1항의 '선지급 보험금'은 예약된 치료일자 또는 수술일자를 기준으로 '적용대상특약'의 약관 제2-2(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산된 보험금의 50%를 말합니다. 단, '선지급 보험금'은 500만원을 한도로 합니다.

③ 제1항의 ‘보장개시일’, ‘보장질병’ 및 ‘치료 또는 수술’은 적용대상특약의 약관 제2-2조(보험금의 지급사유)를 따릅니다. 단, 적용대상특약의 약관 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 중 ‘중환자실 치료’는 선지급 보험금 지급 대상에서 제외합니다.

제5조【선지급 보험금 지급에 관한 세부규정】

① ‘선지급 보험금’의 지급횟수 등은, 피보험자가 예약한 치료 또는 수술이 적용대상특약의 약관에서 정한 보험금 지급사유에 해당하는 경우에 한하여 적용합니다. 이 경우 지급횟수 등은 해당 보험금 지급사유가 귀속되는 치료일자 또는 수술일자를 기준으로 산정합니다.

② ‘선지급 보험금’을 청구한 이후 치료 또는 수술일자, 항목, 내용, 병원 등 예약내용(이하 ‘예약내용’이라 합니다)이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 제1항에서 정한 지급횟수 및 연간 지급한도는 변경된 예약내용을 기준으로 적용합니다.

③ 회사가 ‘선지급 보험금’을 지급한 이후 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 적용대상특약의 약관 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 ‘선지급 보험금’과 변경된 예약내용에 따라 계산된 ‘선지급 보험금’의 차액을 추가로 지급하거나 반환 받아 정산합니다.

④ 회사가 ‘선지급 보험금’을 지급한 이후 피보험자가 치료 또는 수술을 받지 않거나, 예약내용이 변경되고 변경된 예약내용이 아래 각 호 중 어느 하나에 해당하는 경우(이하 ‘반환사유’라 합니다) 이미 지급된 ‘선지급 보험금’을 회사에 반환하여야 합니다.

1. 변경된 예약내용이 적용대상특약의 약관 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하지 않는 경우
2. 변경된 예약내용이 적용대상특약의 약관 제2-4조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우
3. 변경된 예약내용이 제4조(선지급 보험금의 지급사유)에서 정한 ‘선지급 보험금’ 지급사유에 해당하지 않는 경우
4. 제1호 내지 제3호 이외에 회사의 보험금 지급의무가 없음이 확인된 경우

⑤ 보험수익자가 제4항에 따라 ‘선지급 보험금’을 반환 하는 경우 이미 지급된 ‘선지급 보험금’과 이에 대한 이자(이미 지급된 ‘선지급 보험금’의 지급일부터 ‘선지급 보험금’을 반환하는 날까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 하며, 이하 ‘반환 이자’라 합니다)를 더한 금액을 회사에 반환하여야 합니다.

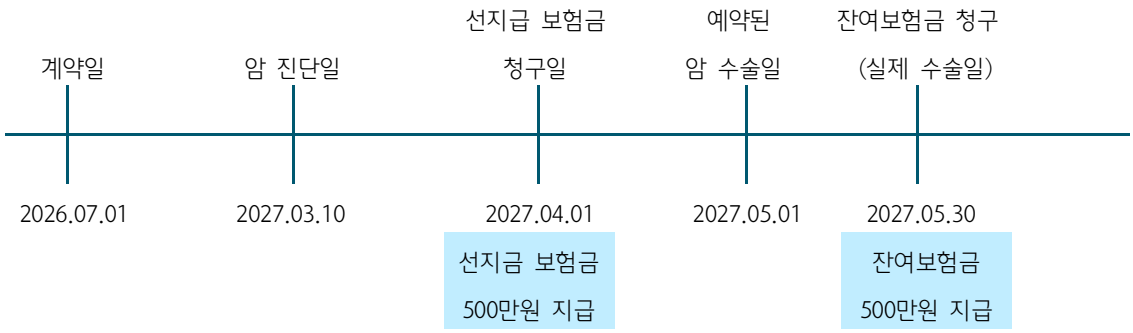
⑥ 회사가 ‘선지급 보험금’을 지급한 경우 보험수익자는 실제 치료일자 또는 수술일자로부터 3년 이내에 적용대상특약의 약관 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 적용대상특약의 약관에 따라 지급되는 보험금에서 제4조(선지급 보험금의 지급사유)에서 정한 ‘선지급 보험금’을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자 또는 수술일자와 다르게 실제 치료일자 또는 수술일자가 변경된 경우, 실제 치료일자 또는 수술일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【'선지급 보험금' 지급 예시】

• 적용대상특약: 상급종합병원(국립암센터 포함) 암(기타피부암 및 갑상선암제외) 주요치료특약

• 적용대상특약(암수술 보장계약) 가입금액: 1,000만원

계약일	암수술비	암으로 진단 확정된 날	선지급 보험금 청구일	예약된 암 수술일	실제 시행된 암 수술일
2026.07.01	1,000만원	2027.03.10	2027.04.01	2027.05.01	2027.05.30



※ 상기 내용은 적용대상특약에서 정의한 암으로 진단 후 상급종합병원(국립암센터 포함)에서 수술을 예약하고 시행한 경우를 가정합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자 또는 수술일자(예약일과 실제 시행일이 다른 경우 실제 치료일자 또는 수술일자)로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않은 경우 회사는 제4항에서 정한 '선지급 보험금' 반환사유 해당여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자 및 보험수익자는 이에 성실히 협조하여야 합니다. 피보험자 또는 보험수익자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제4항에서 정한 '선지급 보험금' 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 회사는 제4항에서 정한 '선지급 보험금' 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 경우 이미 지급한 '선지급 보험금'과 '반환 이자'를 더한 금액(이하, '선지급 보험금 반환금(이자포함)이라 합니다)에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ '선지급 보험금 반환금(이자포함)'에 대한 반환사유가 발생하였음에도 보험수익자가 정당한 사유없이 반환을 하지 않고, 적용대상특약이 부가된 주계약 및 해당 계약을 체결할 때 함께 가입한 특약(적용대상특약도 포함합니다)의 약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우, 회사는 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 보험수익자에게 지급할 보험금에서 '선지급 보험금 반환금(이자포함)'을 차감한 후 지급할 수 있습니다. 또한, 계약자와 보험수익자가 동일한 경우에는 계약자에게 해약환급금 등을 지급하는 때에도 '선지급 보험금 반환금(이자포함)'을 차감할 수 있습니다. 또한, '선지급 보험금 반환금(이자 포함)'이 발생한 이후에 회사는 제5항에서 정한 '선지급 보험금' 반환사유가 발생한 항목 외 다른 항목에 대한 '선지급 보험금'의 지급을 거절할 수 있습니다.

⑩ 회사가 '선지급 보험금'을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가로 이 특약에 따른 '선지급 보험금'을 청구할 수 없습니다.

⑪ 계약자는 '선지급 보험금의 지급일'부터 '잔여보험금 지급일 또는 선지급 보험금을 반환하는 날'까지 선지급 보험금이 지급된 적용대상특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑫ 회사가 '선지급 보험금'을 지급한 후 그 대상이 되는 치료 또는 수술이 실제로 시행되기 전에 '선지급 보험금'을 지급한 적용대상특약의 약관 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 먼저 발생하여 그 보험금을 청구하는 경우, 회사는 해당 보험금에서 '선지급 보험금'을 차감한 금액을 지급할 수 있습니다.

⑬ 선지급 보험금이 지급되기 전에 적용대상특약 약관에 정한 해당 수술 또는 치료 보험금의 청구를 받았을 경우, 선지급 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 선지급 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조【선지급 보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(해당질병 진단서, 진료기록부, 치료 또는 수술 예약 확인서(치료 또는 수술 예정 병원, 예정 일자, 내용 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 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
5. '선지급 보험금 반환금(이자 포함)'의 반환 등과 관련된 의무에 대한 동의서(회사양식)

② 제1항에도 불구하고 예약된 치료일자 또는 수술일자가 선지급 보험금을 청구하는 날 이후 3개월 이내에 도래하는 경우에 한하여 청구할 수 있습니다

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조【선지급 보험금의 지급절차】

① 회사는 제6조(선지급 보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 보험금의 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2024년 10월 8일(화)인 경우 10/9(수, 한글날), 10/12(토), 10/13(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(화)부터 3영업일인 10/14(월) 이내에 보험금을 지급합니다(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함).

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제8조【적용대상특약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 또는 적용대상특약 약관을 따릅니다.

별표1 선지급 적용대상특약 분류표

적용대상상품	적용대상특약
(무)하나로누리는건강보험, (무)하나로라이트3.10.5간편건강보험	(무)특정순환계질환 주요치료특약(치료별 연간1회)
	(무)상급종합병원 특정순환계질환 주요치료특약(치료별 연간 1회)
	(무)상급종합병원Ⅱ 암주요치료특약(치료별 연간 1회)

㈜ 적용대상상품 및 적용대상특약 명칭 중 '세목 또는 유형' (예를들어, '갱신형', '표준형', '해약환급금 미지급형', '간편심사형' 등)은 생략합니다.

별표2 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제7조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
선지급 보험금 (제4조)	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%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 적용대상특약의 약관 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

약관 내 인용조문 목차

1. 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 Ⅸ-2
2. 「개인정보 보호법」 Ⅸ-5
3. 「공공자금관리기금법」 Ⅸ-7
4. 「공직선거법」 Ⅸ-7
5. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 Ⅸ-7
6. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 Ⅸ-8
7. 「금융소비자 보호에 관한 법률」 Ⅸ-8
8. 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 Ⅸ-15
9. 「노인장기요양보험법」 Ⅸ-15
10. 「노인장기요양보험법 시행령」 Ⅸ-17
11. 「민법」 Ⅸ-18
12. 「보험업감독규정」 Ⅸ-18
13. 「보험업법」 Ⅸ-21
14. 「보험업법 시행령」 Ⅸ-22
15. 「산업재해보상보험법 시행규칙」 Ⅸ-23
16. 「상법」 Ⅸ-23
17. 「상법 시행령」 Ⅸ-24
18. 「소득세법」 Ⅸ-24
19. 「소득세법 시행령」 Ⅸ-25
20. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 Ⅸ-28
21. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령」 Ⅸ-30
22. 「의료법」 Ⅸ-32
23. 「장애인복지법」 Ⅸ-35
24. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 Ⅸ-36
25. 「조세특례제한법」 Ⅸ-36
26. 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」 Ⅸ-38
27. 「호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 Ⅸ-39

약관 내 인용조문

· 아래 법령은 약관에서 인용된 법령으로 고객의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
단, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있는 점을 참고하셔서 활용하시기 바랍니다.

· 법령은 2026년 1월 기준이며, 해당 법령 개정시 내용이 변동될 수 있습니다.
또한, 아래 법령과 실제 법령 내용이 다를 경우에는 실제 법령 내용이 우선됩니다.

1. 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "감염병"이란 제1급감염병, 제2급감염병, 제3급감염병, 제4급감염병, 기생충감염병, 세계보건기구 감시 대상 감염병, 생물테러감염병, 성매개감염병, 인수(人獸)공통감염병 및 의료관련감염병을 말한다.
2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
   가. 에볼라바이러스병
   나. 마버그열
   다. 라싸열
   라. 크리미안콩고출혈열
   마. 남아메리카출혈열
   바. 리프트밸리열
   사. 두창
   아. 페스트
   자. 탄저
   차. 보툴리눔독소증
   카. 야토병
   타. 신종감염병증후군
   파. 중증급성호흡기증후군(SARS)
   하. 중동호흡기증후군(MERS)
   거. 동물인플루엔자 인체감염증
   너. 신종인플루엔자
   더. 디프테리아
3. "제2급감염병"이란 전파가능성을 고려하여 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하고, 격리가 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
   가. 결핵(結核)
   나. 수두(水痘)
   다. 홍역(紅疫)
   라. 콜레라
   마. 장티푸스
   바. 파라티푸스
   사. 세균성이질
   아. 장출혈성대장균감염증
   자. A형간염
   차. 백일해(百日咳)
   카. 유행성이하선염(流行性耳下腺炎)

타. 풍진(風疹)
파. 폴리오
하. 수막구균 감염증
거. b형헤모필루스인플루엔자
너. 폐렴구균 감염증
더. 한센병
러. 성홍열
머. 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증
버. 카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증
서. E형간염

4. "제3급감염병"이란 그 발생을 계속 감시할 필요가 있어 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
가. 파상풍(破傷風)
나. B형간염
다. 일본뇌염
라. C형간염
마. 말라리아
바. 레지오넬라증
사. 비브리오패혈증
아. 발진티푸스
자. 발진열(發疹熱)
차. 쯔쯔가무시증
카. 렙토스피라증
타. 브루셀라증
파. 공수병(恐水病)
하. 신증후군출혈열(腎症候群出血熱)
거. 후천성면역결핍증(AIDS)
너. 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD)
더. 황열
러. 뎅기열
머. 큐열(Q熱)
버. 웨스트나일열
서. 라임병
어. 진드기매개뇌염
저. 유비저(類鼻疽)
처. 치쿤구니야열
커. 중증열성혈소판감소증후군(SFTS)
터. 지카바이러스 감염증
퍼. 매독(梅毒)

5. "제4급감염병"이란 제1급감염병부터 제3급감염병까지의 감염병 외에 유행 여부를 조사하기 위하여 표본감시 활동이 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 질병관리청장이 지정하는 감염병을 포함한다.
가. 인플루엔자
나. 삭제
다. 회충증
라. 편충증
마. 요충증
바. 간흡충증
사. 폐흡충증
아. 장흡충증
자. 수족구병
차. 임질
카. 클라미디아감염증

타. 연성하감
파. 성기단순포진
하. 첨규콘딜롬
거. 반코마이신내성장알균(VRE) 감염증
너. 메티실린내성황색포도알균(MRSA) 감염증
더. 다제내성녹농균(MRPA) 감염증
러. 다제내성아시네토박터바우마니균(MRAB) 감염증
머. 장관감염증
버. 급성호흡기감염증
서. 해외유입기생충감염증
어. 엔테로바이러스감염증
저. 사람유두종바이러스 감염증

6. “기생충감염병”이란 기생충에 감염되어 발생하는 감염병 중 질병관리청장이 고시하는 감염병을 말한다.
7. 삭제
8. “세계보건기구 감시대상 감염병”이란 세계보건기구가 국제공중보건의 비상사태에 대비하기 위하여 감시대상으로 정한 질환으로서 질병관리청장이 고시하는 감염병을 말한다.
9. “생물테러감염병”이란 고의 또는 테러 등을 목적으로 이용된 병원체에 의하여 발생된 감염병 중 질병관리청장이 고시하는 감염병을 말한다.
10. “성매개감염병”이란 성 접촉을 통하여 전파되는 감염병 중 질병관리청장이 고시하는 감염병을 말한다.
11. “인수공통감염병”이란 동물과 사람 간에 서로 전파되는 병원체에 의하여 발생되는 감염병 중 질병관리청장이 고시하는 감염병을 말한다.
12. “의료관련감염병”이란 환자나 임산부 등이 의료행위를 적용받는 과정에서 발생한 감염병으로서 감시활동이 필요하여 질병관리청장이 고시하는 감염병을 말한다
13. “감염병환자”란 감염병의 병원체가 인체에 침입하여 증상을 나타내는 사람으로서 제11조제6항의 진단기준에 따른 의사, 치과의사 또는 한의사의 진단이나 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 실험실 검사를 통하여 확인된 사람을 말한다.
14. “감염병의사환자”란 감염병병원체가 인체에 침입한 것으로 의심이 되나 감염병환자로 확인되기 전 단계에 있는 사람을 말한다.
15. “병원체보유자”란 임상적인 증상은 없으나 감염병병원체를 보유하고 있는 사람을 말한다.
15의2. “감염병의심자”란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다.
   가. 감염병환자, 감염병의사환자 및 병원체보유자(이하 “감염병환자등”이라 한다)와 접촉하거나 접촉이 의심되는 사람(이하 “접촉자”라 한다)
   나. 「검역법」 제2조제7호 및 제8호에 따른 검역관리지역 또는 중점검역관리지역에 체류하거나 그 지역을 경유한 사람으로서 감염이 우려되는 사람
   다. 감염병병원체 등 위험요인에 노출되어 감염이 우려되는 사람
16. “감시”란 감염병 발생과 관련된 자료, 감염병병원체 · 매개체에 대한 자료를 체계적이고 지속적으로 수집, 분석 및 해석하고 그 결과를 제때에 필요한 사람에게 배포하여 감염병 예방 및 관리에 사용하도록 하는 일체의 과정을 말한다.
16의2. “표본감시”란 감염병 중 감염병환자의 발생빈도가 높아 전수조사가 어렵고 중증도가 비교적 낮은 감염병의 발생에 대하여 감시기관을 지정하여 정기적이고 지속적인 의과학적 감시를 실시하는 것을 말한다.
17. “역학조사”란 감염병환자등이 발생한 경우 감염병의 차단과 확산 방지 등을 위하여 감염병환자등의 발생 규모를 파악하고 감염원을 추적하는 등의 활동과 감염병 예방접종 후 이상반응 사례가 발생한 경우나 감염병 여부가 불분명하나 그 발병원인을 조사할 필요가 있는 사례가 발생한 경우 그 원인을 규명하기 위하여 하는 활동을 말한다.
18. “예방접종 후 이상반응”이란 예방접종 후 그 접종으로 인하여 발생할 수 있는 모든 증상 또는 질병으로서 해당 예방접종과 시간적 관련성이 있는 것을 말한다.
19. “고위험병원체”란 생물테러의 목적으로 이용되거나 사고 등에 의하여 외부에 유출될 경우 국민 건강에 심각한 위험을 초래할 수 있는 감염병병원체로서 보건복지부령으로 정하는 것을 말한다.
20. “관리대상 해외 신종감염병”이란 기존 감염병의 변이 및 변종 또는 기존에 알려지지 아니한 새로운 병원체에 의해 발생하여 국제적으로 보건문제를 야기하고 국내 유입에 대비하여야 하는 감염병으로서 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 것을 말한다.
21. “의료 · 방역 물품”이란 「약사법」 제2조에 따른 의약품 · 의약외품, 「의료기기법」 제2조에 따른 의료기기

등 의료 및 방역에 필요한 물품 및 장비로서 질병관리청장이 지정하는 것을 말한다.

2. 「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 민감정보의 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.

3.「공공자금관리기금법」

제2조(기금의 설치)

정부는 재정융자 등 공공목적에 필요한 자금을 확보·공급하고, 국채의 발행 및 상환 등을 효율적으로 관리하기 위하여 공공자금관리기금(이하 "관리기금"이라 한다)을 설치한다.

4.「공직선거법」

제34조(선거일)

① 임기만료에 의한 선거의 선거일은 다음 각호와 같다.

1. 대통령선거는 그 임기만료일전 70일 이후 첫번째 수요일
2. 국회의원선거는 그 임기만료일전 50일 이후 첫번째 수요일
3. 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거는 그 임기만료일전 30일 이후 첫번째 수요일

② 제1항의 규정에 의한 선거일이 국민생활과 밀접한 관련이 있는 민속절 또는 공휴일인 때와 선거일 전일이나 그 다음날이 공휴일인 때에는 그 다음주의 수요일로 한다.

5.「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. 부처님 오신날(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)

10의 2.「공직선거법」제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각호의 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.

6.「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.

7.「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(금융관계법률에서 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 금융상품

판매업의 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 중소기업은행, 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 금융상품계약체결등을 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.

제17조(적합성원칙)

① 금융상품판매업자등은 금융상품계약체결등을 하거나 자문업무를 하는 경우에는 상대방인 금융소비자가 일반금융소비자인지 전문금융소비자인지를 확인하여야 한다.

② 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 다음 각 호의 금융상품 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 경우를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에는 면담·질문 등을 통하여 다음 각 호의 구분에 따른 정보를 파악하고, 일반금융소비자로부터 서명(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명을 포함한다. 이하 같다), 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아 이를 유지·관리하여야 하며, 확인받은 내용을 일반금융소비자에게 지체 없이 제공하여야 한다.

1. 「보험업법」 제108조제1항제3호에 따른 변액보험 등 대통령령으로 정하는 보장성 상품
   가. 일반금융소비자의 연령
   나. 재산상황(부채를 포함한 자산 및 소득에 관한 사항을 말한다. 이하 같다)
   다. 보장성 상품 계약 체결의 목적
2. 투자성 상품(「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제27항에 따른 온라인소액투자중개의 대상이 되는 증권 등 대통령령으로 정하는 투자성 상품은 제외한다. 이하 이 조에서 같다) 및 운용 실적에 따라 수익률 등의 변동 가능성이 있는 금융상품으로서 대통령령으로 정하는 예금성 상품
   가. 일반금융소비자의 해당 금융상품 취득 또는 처분 목적
   나. 재산상황
   다. 취득 또는 처분 경험
3. 대출성 상품
   가. 일반금융소비자의 재산상황
   나. 신용 및 변제계획
4. 그 밖에 일반금융소비자에게 적합한 금융상품 계약의 체결을 권유하기 위하여 필요한 정보로서 대통령령으로 정하는 사항

③ 금융상품판매업자등은 제2항 각 호의 구분에 따른 정보를 고려하여 그 일반금융소비자에게 적합하지 아니하다고 인정되는 계약 체결을 권유해서는 아니 된다. 이 경우 적합성 판단 기준은 제2항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

④ 제2항에 따라 금융상품판매업자등이 금융상품의 유형별로 파악하여야 하는 정보의 세부적인 내용은 대통령령으로 정한다.

⑤ 금융상품판매업자등이 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제249조의2에 따른 전문투자형 사모집합투자기구의 집합투자증권을 판매하는 경우에는 제1항부터 제3항까지의 규정을 적용하지 아니한다. 다만, 같은 법 제249조의2에 따른 적격투자자 중 일반금융소비자 등 대통령령으로 정하는 자가 대통령령으로 정하는 바에 따라 요청하는 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제5항에 따른 금융상품판매업자등은 같은 항 단서에 따라 대통령령으로 정하는 자에게 제1항부터 제3항까지의 규정의 적용을 별도로 요청할 수 있음을 대통령령으로 정하는 바에 따라 미리 알려야 한다.

제18조(적정성원칙)

① 금융상품판매업자는 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품 및 대출성 상품에 대하여 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유하지 아니하고 금융상품 판매 계약을 체결하려는 경우에는 미리 면담·질문 등을 통하여 다음 각 호의 구분에 따른 정보를 파악하여야 한다.

1. 보장성 상품: 제17조제2항제1호 각 목의 정보
2. 투자성 상품: 제17조제2항제2호 각 목의 정보
3. 대출성 상품: 제17조제2항제3호 각 목의 정보
4. 금융상품판매업자가 금융상품 판매 계약이 일반금융소비자에게 적정한지를 판단하는 데 필요하다고 인정되는 정보로서 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자는 제1항 각 호의 구분에 따라 확인한 사항을 고려하여 해당 금융상품이 그 일반금융소비자에게 적정하지 아니하다고 판단되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사실을 알리고, 그 일반금융소비자로부터 서명, 기명날인, 녹취, 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 이 경우 적정성 판단 기준은 제1항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

③ 제1항에 따라 금융상품판매업자가 금융상품의 유형별로 파악하여야 하는 정보의 세부적인 내용은 대통령령으로 정한다.

④ 금융상품판매업자가 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제249조의2에 따른 전문투자형 사모집합투자기구의 집합투자증권을 판매하는 경우에는 제1항과 제2항을 적용하지 아니한다. 다만, 같은 법 제249조의2에 따른 적격투자자 중 일반금융소비자 등 대통령령으로 정하는 자가 대통령령으로 정하는 바에 따라 요청하는 경우에는 그러하지 아니하다.

⑤ 제4항에 따른 금융상품판매업자는 같은 항 단서에 따라 대통령령으로 정하는 자에게 제1항과 제2항의 적용을 별도로 요청할 수 있음을 대통령령으로 정하는 바에 따라 미리 알려야 한다.

제19조(설명의무)

① 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항
   가. 보장성 상품
      1) 보장성 상품의 내용
      2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)
      3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차
      4) 위험보장의 범위
      5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   나. 투자성 상품
      1) 투자성 상품의 내용
      2) 투자에 따른 위험
      3) 대통령령으로 정하는 투자성 상품의 경우 대통령령으로 정하는 기준에 따라 금융상품직접판매업자가 정하는 위험등급
      4) 그 밖에 금융소비자가 부담해야 하는 수수료 등 투자성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   다. 예금성 상품
      1) 예금성 상품의 내용
      2) 그 밖에 이자율, 수익률 등 예금성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   라. 대출성 상품
      1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부 · 기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용
      2) 상환방법에 따른 상환금액 · 이자율 · 시기
      3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행사유 및 담보권 실행에 따른 담보목적물의 소유권 상실 등 권리변동에 관한 사항
      4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금액의 총액
      5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 “연계 · 제휴서비스등”이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항
   가. 연계 · 제휴서비스등의 내용
   나. 연계 · 제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항
   다. 그 밖에 연계 · 제휴서비스등의 제공기간 등 연계 · 제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한 · 행사방법 · 효과에 관한 사항
4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명에 필요한 설명서를 일반금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 설명서를 제공하지 아니할 수 있다.

③ 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확

실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.

④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법 · 절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.

제20조(불공정영업행위의 금지)

① 금융상품판매업자등은 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위(이하 "불공정영업행위"라 한다)를 해서는 아니 된다.

1. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 금융소비자의 의사에 반하여 다른 금융상품의 계약체결을 강요하는 행위
2. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 부당하게 담보를 요구하거나 보증을 요구하는 행위
3. 금융상품판매업자등 또는 그 임직원이 업무와 관련하여 편익을 요구하거나 제공받는 행위
4. 대출성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
   가. 자기 또는 제3자의 이익을 위하여 금융소비자에게 특정 대출 상환방식을 강요하는 행위
   나. 1)부터 3)까지의 경우를 제외하고 수수료, 위약금 또는 그 밖에 어떤 명목이든 중도상환수수료를 부과하는 행위
      1) 대출계약이 성립한 날부터 3년 이내에 상환하는 경우
      2) 다른 법령에 따라 중도상환수수료 부과가 허용되는 경우
      3) 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 경우
   다. 개인에 대한 대출 등 대통령령으로 정하는 대출상품의 계약과 관련하여 제3자의 연대보증을 요구하는 경우
5. 연계 · 제휴서비스등이 있는 경우 연계 · 제휴서비스등을 부당하게 축소하거나 변경하는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위. 다만, 연계 · 제휴서비스등을 불가피하게 축소하거나 변경하더라도 금융소비자에게 그에 상응하는 다른 연계 · 제휴서비스등을 제공하는 경우와 금융상품판매업자등의 휴업 · 파산 · 경영상의 위기 등에 따른 불가피한 경우는 제외한다.
6. 그 밖에 금융상품판매업자등이 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 행위

② 불공정영업행위에 관하여 구체적인 유형 또는 기준은 대통령령으로 정한다.

제21조(부당권유행위 금지)

금융상품판매업자등은 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 해서는 아니 된다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위는 제외한다.

1. 불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위
2. 금융상품의 내용을 사실과 다르게 알리는 행위
3. 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미치는 사항을 미리 알고 있으면서 금융소비자에게 알리지 아니하는 행위
4. 금융상품 내용의 일부에 대하여 비교대상 및 기준을 밝히지 아니하거나 객관적인 근거 없이 다른 금융상품과 비교하여 해당 금융상품이 우수하거나 유리하다고 알리는 행위
5. 보장성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
   가. 금융소비자(이해관계인으로서 대통령령으로 정하는 자를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)가 보장성 상품 계약의 중요한 사항을 금융상품직접판매업자에게 알리는 것을 방해하거나 알리지 아니할 것을 권유하는 행위
   나. 금융소비자가 보장성 상품 계약의 중요한 사항에 대하여 부실하게 금융상품직접판매업자에게 알릴 것을 권유하는 행위
6. 투자성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
   가. 금융소비자로부터 계약의 체결권유를 해줄 것을 요청받지 아니하고 방문 · 전화 등 실시간 대화의 방법을 이용하는 행위
   나. 계약의 체결권유를 받은 금융소비자가 이를 거부하는 취지의 의사를 표시하였는데도 계약의 체결권유를 계속하는 행위
7. 그 밖에 금융소비자 보호 또는 건전한 거래질서를 해칠 우려가 있는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위

제28조(자료의 기록 및 유지 · 관리 등)

① 금융상품판매업자등은 금융상품판매업등의 업무와 관련한 자료로서 대통령령으로 정하는 자료를 기록하여야 하며, 자료의 종류별로 대통령령으로 정하는 기간 동안 유지 · 관리하여야 한다.

② 금융상품판매업자등은 제1항에 따라 기록 및 유지 · 관리하여야 하는 자료가 멸실 또는 위조되거나 변조되지 아니하도록 적절한 대책을 수립 · 시행하여야 한다.

③ 금융소비자는 제36조에 따른 분쟁조정 또는 소송의 수행 등 권리구제를 위한 목적으로 제1항에 따라 금융상품판매업자등이 기록 및 유지 · 관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)을 요구할 수 있다.

④ 금융상품판매업자등은 제3항에 따른 열람을 요구받았을 때에는 해당 자료의 유형에 따라 요구받은 날부터 10일 이내의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 금융소비자가 해당 자료를 열람할 수 있도록 하여야 한다. 이 경우 해당 기간 내에 열람할 수 없는 정당한 사유가 있을 때에는 금융소비자에게 그 사유를 알리고 열람을 연기할 수 있으며, 그 사유가 소멸하면 지체 없이 열람하게 하여야 한다.

⑤ 금융상품판매업자등은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 금융소비자에게 그 사유를 알리고 열람을 제한하거나 거절할 수 있다.

1. 법령에 따라 열람을 제한하거나 거절할 수 있는 경우
2. 다른 사람의 생명 · 신체를 해칠 우려가 있거나 다른 사람의 재산과 그 밖의 이익을 부당하게 침해할 우려가 있는 경우
3. 그 밖에 열람으로 인하여 해당 금융회사의 영업비밀(「부정경쟁방지 및 영업비밀보호에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 영업비밀을 말한다)이 현저히 침해되는 등 열람하기 부적절한 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑥ 금융상품판매업자등은 금융소비자가 열람을 요구하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수수료와 우송료(사본의 우송을 청구하는 경우만 해당한다)를 청구할 수 있다.

⑦ 제3항 및 제4항에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.

⑧ 제3항부터 제5항까지의 규정에 따른 열람의 요구 · 제한, 통지 등의 방법 및 절차에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제36조(분쟁의 조정)

① 조정대상기관, 금융소비자 및 그 밖의 이해관계인은 금융과 관련하여 분쟁이 있을 때에는 금융감독원장에게 분쟁조정을 신청할 수 있다.

② 금융감독원장은 제1항에 따른 분쟁조정 신청을 받았을 때에는 관계 당사자에게 그 내용을 통지하고 합의를 권고할 수 있다. 다만, 분쟁조정의 신청내용이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 합의를 권고하지 아니하거나 제4항에 따른 조정위원회에의 회부를 하지 아니할 수 있다.

1. 신청한 내용이 분쟁조정대상으로서 적합하지 아니하다고 금융감독원장이 인정하는 경우
2. 신청한 내용이 관련 법령 또는 객관적인 증명자료 등에 따라 합의권고절차 또는 조정절차를 진행할 실익이 없는 경우
3. 그 밖에 제1호나 제2호에 준하는 사유로서 대통령령으로 정하는 경우

③ 금융감독원장은 제2항 각 호 외의 부분 단서에 따라 합의권고를 하지 아니하거나 조정위원회에 회부하지 아니할 때에는 그 사실을 관계 당사자에게 서면으로 통지하여야 한다.

④ 금융감독원장은 분쟁조정 신청을 받은 날부터 30일 이내에 제2항 각 호 외의 부분 본문에 따른 합의가 이루어지지 아니할 때에는 지체 없이 조정위원회에 회부하여야 한다.

⑤ 조정위원회는 제4항에 따라 조정을 회부받았을 때에는 이를 심의하여 조정안을 60일 이내에 작성하여야 한다.

⑥ 금융감독원장은 조정위원회가 조정안을 작성하였을 때에는 신청인과 관계 당사자에게 제시하고 수락을 권고할 수 있다.

⑦ 신청인과 관계 당사자가 제6항에 따라 조정안을 제시받은 날부터 20일 이내에 조정안을 수락하지 아니한 경우에는 조정안을 수락하지 아니한 것으로 본다.

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

제46조(청약의 철회)

① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일
   가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
   나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전 · 재화 · 용역(이하 이 조에서 "금전 · 재화등"이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일
   가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
   나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.

1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 "서면등"이라 한다)을 발송한 때
2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전 · 재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때
   가. 이미 공급받은 금전 · 재화등
   나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자
   다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용

③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전 · 재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.

1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전 · 재화등을 반환하고, 금전 · 재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전 · 재화등을 반환하고, 금전 · 재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.
3. 대출성 상품: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전 · 재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전 · 재화등을 반환하고, 금전 · 재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.

⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.

⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

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 때에는 거절 사유를 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.

8. 「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 세부사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

9. 「노인장기요양보험법」

제2조(정의)

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 인지기능의 유지 · 향상에 필요한 용구(소프트웨어를 포함한다)를 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 장기요양기관은 제1항제1호가목에서 마목까지의 재가급여 전부 또는 일부를 통합하여 제공하는 서비스(이하 이 조에서 “통합재가서비스”라 한다)를 제공할 수 있다.

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.

제52조(등급판정위원회의 설치)

① 장기요양인정 및 장기요양등급 판정 등을 심의하기 위하여 공단에 장기요양등급판정위원회를 둔다.

② 등급판정위원회는 특별자치시 · 특별자치도 · 시 · 군 · 구 단위로 설치한다. 다만, 인구 수 등을 고려하여 하나의 특별자치시 · 특별자치도 · 시 · 군 · 구에 2 이상의 등급판정위원회를 설치하거나 2 이상의 특별자치시 · 특별자치도 · 시 · 군 · 구를 통합하여 하나의 등급판정위원회를 설치할 수 있다.

③ 등급판정위원회는 위원장 1인을 포함하여 15인의 위원으로 구성한다.

④ 등급판정위원회 위원은 다음 각 호의 자 중에서 공단 이사장이 위촉한다. 이 경우 특별자치시장 · 특별

자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장이 추천한 위원은 7인, 의사 또는 한의사가 1인 이상 각각 포함되어야 한다.

1. 「의료법」에 따른 의료인
2. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지사
3. 특별자치시 · 특별자치도 · 시 · 군 · 구 소속 공무원
4. 그 밖에 법학 또는 장기요양에 관한 학식과 경험이 풍부한 자

⑤ 등급판정위원회 위원의 임기는 3년으로 하되, 한 차례만 연임할 수 있다. 다만, 공무원인 위원의 임기는 재임기간으로 한다.

10. 「노인장기요양보험법 시행령」

제2조(노인성 질병)

「노인장기요양보험법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "대통령령으로 정하는 노인성 질병"이란 별표 1에 따른 질병을 말한다.

■ 노인장기요양보험법 시행령 [별표 1]

노인성 질병의 종류(제2조 관련)

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
	카. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	타. 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
	어. 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
	저. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13*
	처. 다발경화증	G35

비고

1. 질병명 및 질병코드는 「통계법」 제22조에 따라 고시된 한국표준질병 · 사인분류에 따른다.
2. 진전은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 한다.

11. 「민법」

제2조(신의성실)

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.
② 권리는 남용하지 못한다.

제27조(실종의 선고)

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
② 전지에 임한다. 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.

12. 「보험업감독규정」

제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)

① 삭제
② 삭제
③ 삭제
④ 삭제
⑤ 삭제
⑥ 삭제
⑦ 영 제43조제4항제3호나목, 같은 조 제5항제2호나목, 제7항제2호 및 제10항제1호나목, 제43조의2제2항제4호에서 "금융위원회가 정하는 기준"이란 「전자금융거래법」 제21조제2항에 따른 기준을 말한다.
⑧ 보험회사는 법 제95조의2제3항 및 영 제42조의2제3항제1호바목 · 사목에 따라 보험계약 체결 단계에서 일반보험계약자에게 중요 사항을 설명할 때에는 다음 각 호의 사항을 준수하여야 한다.
1. 다음 각 목의 보험계약에 대하여 설명할 것. 다만, 보험계약자가 법인인 보험계약 및 「노인복지법」 제26조에 따른 경로우대자 외의 자가 사이버몰을 이용하여 모집한 보험계약은 제외한다.
   가. 변액보험계약
   나. 저축성보험계약
   다. 장기보장성보험계약
2. 청약 후 법 제102조의4제1항에 따라 청약철회가 가능한 기간 이내에 설명할 것
3. 다음 각 목의 사항을 설명할 것
   가. 보험계약의 청약 시 보험약관을 교부받고 보험계약의 중요 사항을 설명받아야 한다는 사실
   나. 보험계약의 청약 시 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하여야 한다는 사실
   다. 보험계약의 청약 시 청약서 부본을 교부받아야 한다는 사실
   라. 가목부터 다목까지의 사항이 이행되지 않은 경우 청약일로부터 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법
   마. 저축성보험계약 또는 변액보험계약의 경우 납입보험료중 사업비 등이 차감된 일부 금액이 특별계정에 투입되어 운용되거나 적용이율로 부리된다는 사실
   바. 저축성보험계약(금리확정형보험은 제외한다)의 경우 다음 각 세목의 사항
      1) 사업비 수준
      2) 해약환급금
   사. 변액보험계약의 경우 다음 각 세목의 사항
      1) 투자에 따르는 위험
      2) 예금자보호 대상이 되지 않는다는 사실
   아. 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 보험료가 인상될 수 있다는 사실
   자. 「상법」 제662조에 따른 보험금청구권 등의 소멸시효에 관한 사항
   차. 외화보험의 경우 다음 각 세목의 사항
      1) 환율변동에 따라 보험료 및 보험금이 변동될 수 있다는 사실
      2) 해약환급금

카. 그 밖에 가목부터 차목까지에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항

4. 그 밖에 다음 각 목을 준수할 것

가. 설명하기 전에 보험계약자 본인인지 여부를 확인할 것

나. 보험계약 중요사항의 설명 확인 항목에 대한 충분한 이해시간을 확보할 것

다. 기타 감독원장이 정하는 방법을 사용하여 설명하는 등 감독원장이 정하는 사항을 준수할 것

⑨ 영 제42조의2제3항제2호다목의 “조사 및 손해사정에 관하여 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 해당 보험사고 및 보험금 청구가 법 제185조 및 영 제96조의3에 따른 손해사정 대상인지 여부
2. 제1호에 따른 손해사정 대상인 경우 보험계약자 등은 법 제185조제1항제2호 및 제9-16조제2항 및 제4항에 따라 따로 손해사정사를 선임할 수 있다는 사실 및 제9-16조제5항에 따른 손해사정 비용 부담에 관한 사항
3. 보험계약자 등이 법 제185조제1항제2호에 따라 손해사정사를 선임하려는 경우 보험회사의 동의기준
4. 보험회사가 보험계약자 등의 손해사정사 선임에 동의하지 않는 경우 그 이유 및 근거
5. 보험계약자 등이 따로 손해사정사를 선임하지 않은 경우 보험회사에 소속된 손해사정사 또는 보험회사와 위탁계약이 체결된 손해사정업자가 손해사정을 하게 된다는 사실

⑩ 영 제42조의2제3항제2호라목의 “그 밖에 일반보험계약자가 보험금 청구 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 보험금 지급심사 현황 결과 문의 및 조회 방법
2. 보험약관에 따른 보험금 지급기한 및 보험금 지급지연시 지연이자 가산 등 보험회사의 조치사항
3. 그 밖에 제1호 및 제2호에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항

⑪ 영 제42조의2제3항제3호 마목의 “그 밖에 일반보험계약자가 보험금 심사·지급 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 보험회사가 손해사정 또는 보험금 심사에 참고하기 위하여 의료자문을 의뢰하는 경우, 의뢰 사유, 의뢰 내용 및 자문을 의뢰할 때 제공하는 자료의 내역
2. 보험회사가 보험금을 감액 또는 부지급하는 경우, 제1호에 따른 의료자문을 의뢰하였다면 자문을 의뢰한 기관과 자문 의견
3. 그 밖에 제1호 및 제2호에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항

제4-36조 (통신판매시 준수사항)

① 전화 · 우편 · 컴퓨터 · 인터넷 화상장치 등의 통신매체를 이용한 보험상품판매(이하 "통신판매"라 한다)에 종사하는 자(이하 "통신판매종사자"라 한다)는 법 제83조에 의한 모집을 할 수 있는 자이어야 한다.

② 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 제10항에도 불구하고 「금융소비자 보호에 관한 법률」제19조제1항에 따른 중요사항 이외에 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항에 대하여 질문 또는 설명하고 그에 대한 보험계약자의 답변 및 확인내용에 대한 증거자료를 확보 · 유지하기 위하여 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등 전자적 방법으로 음성녹음을 대체할 수 있다. 이 경우, 보험계약자가 전화로 설명을 들은 내용과 실제 보험계약의 내용이 동일한지 확인할 수 있도록「금융소비자 보호에 관한 법률」제19조제2항에 따른 설명서를 보험계약이 체결되기 전에 전자적 방법으로 제공하여야 한다.

③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 "전자적 상품설명장치"라 한다)를 활용할 수 있다.

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것

④ 통신판매에 관한 업무를 영위하는 자는 개인정보의 수집 · 활용 · 제공에 있어 관계법령을 준수하여야 하며, 개인정보가 유출되어 고객에게 피해를 주지 않도록 통신판매종사자에 대한 교육 및 보안에 만전을 기하여야 한다.

⑤ 보험회사 또는 모집종사자는 전화를 이용한 보험모집시 고객 접촉단계에서 보험계약자에게 통신판매종사자의 소속, 성명을 정확히 안내하여야 한다.

⑥ 보험회사 또는 모집종사자는 전화를 이용한 보험모집시 고객이 본인의 개인정보에 대한 취득경로를 질의할 경우 이를 정확히 안내하여야 한다.

⑦ 보험회사 또는 모집종사자는 전화를 이용한 보험모집시 보험계약의 청약이 종료되기 전에 다음 각 호의 사항 중 보험계약자에게 불이익이 될 수 있는 보험약관의 중요 내용을 선정하여 보험계약자에게 질의하고, 상품설명 내용에 대한 보험계약자의 이해여부를 확인하여야 한다.

1. 지급한도, 면책사항, 감액지급사항 등 보험금 지급제한 조건
2. 만기 시 자동갱신되는 보험상품의 경우 자동갱신의 조건(갱신보험료 예시를 포함한다)
3. 실손의료보험의 경우 중복가입 시 비례보상된다는 사실
4. 그 밖에 보험계약자에게 불이익이 될 수 있는 사항

⑧ 보험회사는 전화를 이용한 보험모집시 준수해야 할 상품별 표준상품설명대본을 작성하고 모집종사자가 표준상품설명대본에 따라 전화를 이용한 보험모집이 이루어지도록 하여야 한다. 다만, 보험계약자의 동의를 얻은 경우에는 다음 각 호의 사항에 대하여 전자문서, 문자메세지 등 전자적 방법으로 알리고 보험계약 체결 이전에 다음 각 호의 사항에 대하여 안내를 받았다는 사실을 확인하는 방법으로 표준상품설명대본을 통한 설명을 대신할 수 있다.

1. 「금융소비자 보호에 관한 감독규정」제23조제2호의 보험설계사 등의 모집에 관한 경력 및 그 조회에 관한 사항
2. 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」제13조제8항제1호의 민원처리 및 분쟁조정절차에 관한 사항
3. 기존보험계약이 소멸된 날부터 6개월 이내에 새로운 보험계약을 청약하게 하거나 새로운 보험계약을 청약하게 한 날부터 6개월 이내에 기존보험계약을 소멸하게 하는 경우 영 제44조제1항 각 호에 따라 기존보험계약과 새로운 보험계약 비교하여 안내하는 사항

⑨ 제8항에 따른 표준상품설명대본의 제작, 심사 등 관리절차 및 방법은 제4-35조를 준용한다.

⑩ 보험회사 및 모집종사자는 전화를 이용하여 보험을 모집하는 경우에 보험계약자와 최초 통화내용부터 청약이 완료될 때까지 모든 과정을 음성녹음하고 이를 보관하여야 한다.

⑪ 삭제

⑫ 보험회사는 전화를 이용하여 보험계약을 체결한 경우에는 시행령 제43조제2항의 음성녹음 내용, 전자문서로 기록된 보험계약자의 답변 · 확인 내용을 제4-37조제3호 각 목의 방법에 의해 보험계약자 또는 피보험자가 확인할 수 있도록 하여야 하며, 청약서 부본, 보험증권 또는 별도의 안내문을 통하여 당해 보험계약이 음성녹음 또는 보험계약자의 전자적 의사표시에 의해 체결되었다는 사실과 음성내용 등의 확인방법을 보험계약자에게 알려야 한다.

⑬ 보험회사는 매월 전화를 이용하여 체결한 보험계약의 100분의 20 이상에 대하여 제8항의 음성녹음 내용 또는 제18항의 전자문서로 기록된 보험계약자의 답변 · 확인 내용을 점검하여 모집종사자가 보험계약자에게 표준상품설명대본에 따라 보험계약의 내용을 제대로 설명하였는지 여부 등을 확인하여야 한다.

⑭ 보험회사는 보험모집과정에서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유가 발생한 경우로서 보험약관에 따라 보험계약자가 보험계약을 취소할 수 있는 경우에는 보험계약을 취소할 수 있다는 사실과 관련 절차 등을 보험계약자에게 안내하여야 한다.

1. 보험 광고시 보험약관의 중요 내용을 설명하지 않거나, 사실과 다르게 설명한 것으로 판단될 경우 (다만, 음성녹음 과정에서 불충분한 설명 내용을 정정 · 보완한 경우는 제외한다)
2. 제13항의 확인 결과 보험약관의 중요 내용을 설명하지 않거나, 사실과 다르게 설명한 것으로 판단될 경우

⑮ 보험회사는 「방송법」 제9조제5항에 따른 방송채널사용사업자로 승인된 보험대리점의 판매방송에 대한 대가를 모집수수료 형태로 지급하여야 하며, 광고비 형태의 수수료로 지급하여서는 아니된다.

⑯ 보험회사는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제19조제1항제1호가목에 따른 사항을 표준상품설명대본에 반영하여야 한다. 다만, 「금융소비자 보호에 관한 감독규정」 제13조제2항제5호에 해당하는 경우에는 통합청약서에 반영할 수 있다.

⑰ 통신판매종사자가 아닌 모집종사자(「금융소비자 보호에 관한 감독규정」 제22조제7호 각 목의 요건을 모두 충족하는 경우만 해당한다)가 전화로 보험계약의 중요사항을 설명하는 경우에는 제8항 및 제11항을 적용하지 아니한다.

⑱ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우 제8항 및 제10항에도 불구하고 「금융소비자 보호에 관한 법률」제19조제1항에 따른 중요사항에 대하여 컴퓨터, 모바일 단말기 등 전자적 방법으로 질문 또는 설명하고 그에 대한 보험계약자의 답변 및 확인내용을 전자문서로 저장하는 등 증거자료(이하 "전자적 증거자료"라 한다)를 확보 · 유지하는 방법으로 음성녹음을 대체할 수 있다.

1. 다음 각 목에서 정한 보험계약이 아닐 것

가. 변액보험
나. 저축성보험계약
다. 월납보험료가 20만원을 초과하는 보험계약
라. 보험계약자와 피보험자가 동일하지 아니한 보험계약(다만, 피보험자에게 별도로 전화를 통해 계약체결 사실을 알리고 이에 대한 동의 및 고지의무에 관한 사항 등을 음성녹음한 경우는 제외한다.)

2. 모집종사자가 제공하는 화면을 통해 보험계약자가 설명내용을 이해하고 확인할 수 있도록 화면구성, 설명절차 등 기술적 장치를 마련할 것
3. 표준상품설명대본에 대한 질문 · 설명내용과 보험계약자의 답변 · 확인내용이 저장된 전자문서를 보안이 유지되는 별도의 시스템에 보관하고 보험계약자가 인터넷 홈페이지 등을 통해 개별적으로 확인할 수 있도록 할 것
4. 전자적 증거자료의 표준안을 인터넷 홈페이지에 게시할 것
5. 보험계약자가 설명을 받은 내용과 실제 보험계약의 내용이 동일한지 확인할 수 있도록 「금융소비자 보호에 관한 법률」제19조제2항에 따른 설명서를 보험계약이 체결되기 전에 전자적 방법으로 제공할 것

⑲ 영 제43조제4항에 따라 인터넷 화상장치를 이용하여 모집하는 자가 지켜야 할 사항은 다음과 같다.

1. 모집종사자는 보험계약자와 공유하는 화면을 통해 설명내용을 동시에 보면서 진행할 것
2. 보험회사 및 모집종사자는 다음 각 목의 정보를 음성녹음이나 「전자문서 및 전자거래 기본법」제2조제1호에 따른 전자문서 등 증거자료로 확보 · 유지할 것
   가. 인터넷 화상장치 이용시기, 보험계약자의 정보 및 본인확인 여부, 보험회사 정보, 설명 상품, 중요사항 설명 여부 등의 정보가 포함된 로그정보(서버나 컴퓨터 등에서 처리한 내용이나 이용 상황을 시간의 흐름에 따라 전자적으로 기록한 정보를 말한다.)
   나. 인터넷 화상장치를 통해「금융소비자 보호에 관한 법률」제19조제1항제1호가목에 따른 사항 등을 설명한 내용, 보험계약자에게 영 제43조제4항제2호에 따라 청약내용에 대하여 질문한 자료 및 그에 대해 보험계약자가 답변하고 확인한 내용
3. 보험회사가 매분기 인터넷 화상장치를 이용하여 체결한 보험계약의 100분의 20 이상에 대하여 제1호의 설명자료와 제2호 각 목의 증거자료에 이상이 없는지 확인할 것

⑳ 보험협회는 영 제43조제4항에 따른 인터넷 화상장치를 이용한 보험모집과 관련하여 보험회사와 모집종사자가 금융소비자 보호 등을 위하여 준수하여야 할 사항에 관한 모범규준을 마련할 수 있다.

13.「보험업법」

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “보험상품”이란 위험보장을 목적으로 우연한 사건 발생에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약정하고 대가를 수수(授受)하는 계약(「국민건강보험법」에 따른 건강보험, 「고용보험법」에 따른 고용보험 등 보험계약자의 보호 필요성 및 금융거래 관행 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 것은 제외한다)으로서 다음 각 목의 것을 말한다.
   가. 생명보험상품: 위험보장을 목적으로 사람의 생존 또는 사망에 관하여 약정한 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
   나. 손해보험상품: 위험보장을 목적으로 우연한 사건(다목에 따른 질병 · 상해 및 간병은 제외한다)으로 발생하는 손해(계약상 채무불이행 또는 법령상 의무불이행으로 발생하는 손해를 포함한다)에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
   다. 제3보험상품: 위험보장을 목적으로 사람의 질병 · 상해 또는 이에 따른 간병에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
2. “보험업”이란 보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수(引受), 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것으로서 생명보험업 · 손해보험업 및 제3보험업을 말한다.
3. “생명보험업”이란 생명보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.
4. “손해보험업”이란 손해보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금

지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.

5. “제3보험업”이란 제3보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.
6. “보험회사”란 제4조에 따른 허가를 받아 보험업을 경영하는 자를 말한다.
7. “상호회사”란 보험업을 경영할 목적으로 이 법에 따라 설립된 회사로서 보험계약자를 사원(社員)으로 하는 회사를 말한다.
8. “외국보험회사”란 대한민국 이외의 국가의 법령에 따라 설립되어 대한민국 이외의 국가에서 보험업을 경영하는 자를 말한다.
9. “보험설계사”란 보험회사 · 보험대리점 또는 보험중개사에 소속되어 보험계약의 체결을 중개하는 자[법인이 아닌 사단(社團)과 재단을 포함한다]로서 제84조에 따라 등록된 자를 말한다.
10. “보험대리점”이란 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리하는 자(법인이 아닌 사단과 재단을 포함한다)로서 제87조에 따라 등록된 자를 말한다.
11. “보험중개사”란 독립적으로 보험계약의 체결을 중개하는 자(법인이 아닌 사단과 재단을 포함한다)로서 제89조에 따라 등록된 자를 말한다.
12. “모집”이란 보험계약의 체결을 중개하거나 대리하는 것을 말한다.
13. “신용공여”란 대출 또는 유가증권의 매입(자금 지원적 성격인 것만 해당한다)이나 그 밖에 금융거래상의 신용위험이 따르는 보험회사의 직접적 · 간접적 거래로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회가 정하는 거래를 말한다.
14. “총자산”이란 재무상태표에 표시된 자산에서 미상각신계약비(未償却新契約費), 영업권 등 대통령령으로 정하는 자산을 제외한 것을 말한다.
15. “자기자본”이란 납입자본금 · 자본잉여금 · 이익잉여금, 그 밖에 이에 준하는 것(자본조정은 제외한다)으로서 대통령령으로 정하는 항목의 합계액에서 영업권, 그 밖에 이에 준하는 것으로서 대통령령으로 정하는 항목의 합계액을 뺀 것을 말한다.
16. “동일차주”란 동일한 개인 또는 법인 및 이와 신용위험을 공유하는 자로서 대통령령으로 정하는 자를 말한다.
17. “대주주”란 「금융회사의 지배구조에 관한 법률」 제2조제6호에 따른 주주를 말한다.
18. “자회사”란 보험회사가 다른 회사(「민법」 또는 특별법에 따른 조합을 포함한다)의 의결권 있는 발행주식(출자지분을 포함한다) 총수의 100분의 15를 초과하여 소유하는 경우의 그 다른 회사를 말한다.
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.

14. 「보험업법 시행령」

제42조의2(설명의무의 중요 사항 등)

① 삭제

② 삭제

③ 보험회사는 법 제95조의2제3항 본문 및 제4항에 따라 다음 각 호의 단계에서 중요 사항을 항목별로 일반보험계약자에게 설명해야 한다. 다만, 제1호에 따른 보험계약 체결 단계(마목에 따른 보험계약 승낙 거절 시 거절사유로 한정한다), 제2호에 따른 보험금 청구 단계 또는 제3호에 따른 보험금 심사 · 지급 단계의 경우 일반보험계약자가 계약 체결 전에 또는 보험금 청구권자가 보험금 청구 단계에서 동의한 경우에 한정하여 서면, 문자메시지, 전자우편 또는 팩스 등으로 중요 사항을 통보하는 것으로 이를 대신할 수 있다.

1. 보험계약 체결 단계
   가. 보험의 모집에 종사하는 자의 성명, 연락처 및 소속
   나. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리할 수 있는지 여부
   다. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험료나 고지의무사항을 보험회사를 대신하여 수령할 수 있는지 여부
   라. 보험계약의 승낙절차
   마. 보험계약 승낙거절 시 거절 사유
   바. 「상법」 제638조의3제2항에 따라 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차 · 방법
   사. 그 밖에 일반보험계약자가 보험계약 체결 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
2. 보험금 청구 단계
   가. 담당 부서, 연락처 및 보험금 청구에 필요한 서류
   나. 보험금 심사 절차, 예상 심사기간 및 예상 지급일
   다. 일반보험계약자가 보험사고 조사 및 손해사정에 관하여 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
   라. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 청구 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
3. 보험금 심사 · 지급 단계
   가. 보험금 지급일 등 지급절차
   나. 보험금 지급 내역
   다. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
   라. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유
   마. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 심사 · 지급 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

④ 삭제

⑤ 제3항과 관련하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

15. 「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

16. 「상법」

제288조(발기인)

주식회사를 설립함에는 발기인이 정관을 작성하여야 한다.

제289조(정관의 작성, 절대적 기재사항)

① 발기인은 정관을 작성하여 다음의 사항을 적고 각 발기인이 기명날인 또는 서명하여야 한다.

1. 목적
2. 상호

3. 회사가 발행할 주식의 총수
4. 액면주식을 발행하는 경우 1주의 금액
5. 회사의 설립 시에 발행하는 주식의 총수
6. 본점의 소재지
7. 회사가 공고를 하는 방법
8. 발기인의 성명 · 주민등록번호 및 주소
9. 삭제

② 삭제

③ 회사의 공고는 관보 또는 시사에 관한 사항을 게재하는 일간신문에 하여야 한다. 다만, 회사는 그 공고를 정관으로 정하는 바에 따라 전자적 방법으로 할 수 있다.

④ 회사는 제3항에 따라 전자적 방법으로 공고할 경우 대통령령으로 정하는 기간까지 계속 공고하고, 재무제표를 전자적 방법으로 공고할 경우에는 제450조에서 정한 기간까지 계속 공고하여야 한다. 다만, 공고기간 이후에도 누구나 그 내용을 열람할 수 있도록 하여야 한다.

⑤ 회사가 전자적 방법으로 공고를 할 경우에는 게시 기간과 게시 내용에 대하여 증명하여야 한다.

⑥ 회사의 전자적 방법으로 하는 공고에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제292조(정관의 효력발생)

정관은 공증인의 인증을 받음으로써 효력이 생긴다. 다만, 자본금 총액이 10억원 미만인 회사를 제295조제1항에 따라 발기설립(發起設立)하는 경우에는 제289조제1항에 따라 각 발기인이 정관에 기명날인 또는 서명함으로써 효력이 생긴다.

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.

제731조(타인의 생명의 보험)

①타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조 · 변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

②보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

17. 「상법 시행령」

제44조의2(타인의 생명보험)

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조 · 변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조 · 변조 여부를 확인할 수 있을 것

18. 「소득세법」

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. 제59조의3제1항에 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.

19.「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 입원치료가 필요한 피해를 입은 경우
   마. 연금계좌 가입자가 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 파산의 선고 또는 개인회생절차 개시의 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 재정경제부령으로 정하는 증명서류를 연금계좌취급자에게 제출하는 경우

② 제1항제1호다목 및 라목에 따라 인출하는 금액은 제118조의5제1항 및 제2항에 따른 의료비, 간병인 비용, 보건복지부 장관이 고시하는 최저생계비 등을 고려하여 재정경제부령으로 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 재정경제부령으로 정한다.

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, 보험계약의 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 말한

다) 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 경우 제20조의2제1항에 따라 인출한 금액은 인출한 금액에 포함하지 아니한다.

$$\frac{\text{연금계좌의 평가액}}{(11-\text{연금수령연차})} \times \frac{120}{100}$$

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 재정경제부령으로 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 재정경제부령으로 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 재정경제부령으로 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 재정경제부령으로 정하

는 바에 따라 계산한 가액으로 한다.

제40조의3(연금계좌의 인출순서 등)

① 연금계좌에서 일부 금액이 인출되는 경우에는 다음 각 호의 금액이 순서에 따라 인출되는 것으로 본다.
1. 법 제20조의3제1항제2호 각 목에 해당하지 아니하는 금액(이하 "과세제외금액"이라 한다)
2. 이연퇴직소득
3. 법 제20조의3제1항제2호 나목부터 라목까지의 규정에 따른 금액

② 과세제외금액은 다음 각 호의 순서에 따라 인출되는 것으로 본다. 다만, 제4호는 제201조의10에 따라 확인되는 금액만 해당하며, 확인되는 날부터 과세제외금액으로 본다.
1. 인출된 날이 속하는 과세기간에 해당 연금계좌에 납입한 연금보험료(제2호에 해당하는 금액은 제외한다)
2. 인출된 날이 속하는 과세기간에 해당 연금계좌에 납입한 법 제59조의3제3항에 따른 전환금액
3. 해당 연금계좌만 있다고 가정할 때 해당 연금계좌에 납입된 연금보험료로서 법 제59조의3제1항 단서에 따른 연금계좌세액공제의 한도액(이하 이 조에서 “연금계좌세액공제 한도액”이라 한다)을 초과하는 금액이 있는 경우 그 초과하는 금액
4. 제1호부터 제3호까지에서 정한 금액 외에 해당 연금계좌에 납입한 연금보험료 중 연금계좌세액공제를 받지 아니한 금액

③ 인출된 금액이 연금수령한도를 초과하는 경우에는 연금수령분이 먼저 인출되고 그 다음으로 연금외수령분이 인출되는 것으로 본다.

④ 연금계좌에 납입한 연금보험료 중 연금계좌세액공제 한도액 이내의 연금보험료는 납입일이 속하는 과세기간의 다음 과세기간 개시일(납입일이 속하는 과세기간에 연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 경우에는 연금수령 개시를 신청한 날)부터 제1항제3호 중 법 제20조의3 제1항 제2호 나목에 따른 세액공제를 받은 금액으로 본다.

⑤ 연금계좌의 운용에 따라 연금계좌에 있는 금액이 원금에 미달하는 경우 연금계좌에 있는 금액은 원금이 제1항에 따른 인출순서와 반대의 순서로 차감된 후의 금액으로 본다.

20. 「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 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 서면
2. 「전자서명법」 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 받

았는지를 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.

21. 「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

③ 신용정보제공 · 이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.

④ 법 제32조제1항제5호에서 “대통령령으로 정하는 방식”이란 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다.

⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공 · 이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용해야 한다.
1. 금융거래 등 상거래관계의 유형 · 특성 · 위험도
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 업무 또는 업종의 특성
   가. 신용정보제공 · 이용자
   나. 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
   다. 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수

⑥ 법 제32조제2항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기

관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공하는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공받는 개인신용정보의 항목
4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

⑦ 법 제32조제3항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검해야 한다.

⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보제공 · 이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려해야 한다.

1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래 관계를 설정 · 유지할 수 없는지 여부
2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공 · 활용되는 개인신용정보가 신용정보제공 · 이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공 · 이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공 · 이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부

⑨ 신용정보제공 · 이용자가 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동의서 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 해야 한다.

⑩ 법 제32조제6항제4호에서 “채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가 · 허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적”이란 다음 각 호의 목적을 말한다.

1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않은 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
3. 행정기관이 인가 · 허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제9항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음 · 수표 소지인이 어음 · 수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 어음 · 수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
6. 「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공 · 이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
   가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우
   나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우
7. 삭제

⑪ 법 제32조제6항제11호에서 “대통령령으로 정하는 경우”란 다음 각 호의 경우를 말한다.

1. 장외파생상품 거래의 매매에 따른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우

2. 「상법」 제719조에 따른 책임보험계약의 제3자에 대한 정보를 보험사기 조사 · 방지를 위해 신용정보 집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
3. 「상법」 제726조의2에 따른 자동차보험계약의 제3자의 정보를 보험사기 조사 · 방지를 위해 신용정보 집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다.

⑬ 법 제32조제8항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제5조제2항제1호부터 제21호까지의 규정의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.

⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리 · 보호 체계를 말한다.

22. 「의료법」

제3조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육 · 상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「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

제3조의2(병원등)

병원 · 치과병원 · 한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원 · 한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

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, 영상

의학과, 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 것
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 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제3조의5(전문병원 지정)

① 보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다.

② 제1항에 따른 전문병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 특정 질환별·진료과목별 환자의 구성비율 등이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
2. 보건복지부령으로 정하는 수 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 최근 3년간 해당 의료기관 또는 그 개설자가 제64조제1항에 따른 3개월 이상의 의료업 정지나 개설허가의 취소 또는 폐쇄 명령을 받은 사실이 없을 것

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정하는 경우 제2항 각 호의 사항 및 진료의 난이도 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

④ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3년마다 제3항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다.

⑤ 보건복지부장관은 제1항 또는 제4항에 따라 지정받거나 재지정받은 전문병원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소하여야 한다.
1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정 또는 재지정을 받은 경우
2. 지정 또는 재지정의 취소를 원하는 경우
3. 제2항제1호 또는 제2호의 요건에 해당하지 아니하여 제63조에 따른 시정명령을 받고 이를 이행하지 아니한 경우
4. 제64조제1항에 따라 의료업이 3개월 이상 정지되거나 개설 허가의 취소 또는 폐쇄 명령을 받은 경우
5. 전문병원에 소속된 의료인, 의료기관 개설자 또는 종사자가 제27조제1항 또는 제5항을 위반하여 전문병원 지정을 계속 유지하는 것이 부적절하다고 인정되는 경우

⑥ 보건복지부장관은 제3항 및 제4항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑦ 전문병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 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 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사 · 치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 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.

제9조(국가시험 등)

① 의사 · 치과의사 · 한의사 또는 조산사 국가시험과 의사 · 치과의사 · 한의사 예비시험(이하 "국가시험등"이라 한다)은 매년 보건복지부장관이 시행한다.

② 보건복지부장관은 국가시험등의 관리를 대통령령으로 정하는 바에 따라 「한국보건의료인국가시험원법」에 따른 한국보건의료인국가시험원에 맡길 수 있다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 국가시험등의 관리를 맡긴 때에는 그 관리에 필요한 예산을 보조할 수 있다.

④ 국가시험등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.

③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.

1. 제28조제1항에 따른 의사회 · 치과의사회 · 한의사회에서 각각 추천하는 자

2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦ 그 밖에 위원회 · 전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

23. 「장애인복지법」

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.

제58조(장애인복지시설)

① 장애인복지시설의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 장애인 거주시설: 거주공간을 활용하여 일반가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 일정 기간 동안 거주 · 요양 · 지원 등의 서비스를 제공하는 동시에 지역사회생활을 지원하는 시설
2. 장애인 지역사회재활시설: 장애인을 전문적으로 상담 · 치료 · 훈련하거나 장애인의 일상생활, 여가활동 및 사회참여활동 등을 지원하는 시설

2의2. 장애인 자립생활지원시설: 장애인의 자립생활 역량을 강화하기 위하여 동료상담, 지역사회의 물리적 · 사회적 환경개선 사업, 장애인의 권익 옹호 · 증진, 장애인 적합 서비스 등을 제공하는 시설

3. 장애인 직업재활시설: 일반 작업환경에서는 일하기 어려운 장애인이 특별히 준비된 작업환경에서 직업훈련을 받거나 직업 생활을 할 수 있도록 하는 시설(직업훈련 및 직업 생활을 위하여 필요한 제조 · 가공 시설, 공장 및 영업장 등 부속용도의 시설로서 보건복지부령으로 정하는 시설을 포함한다)

4. 장애인 의료재활시설: 장애인을 입원 또는 통원하게 하여 상담, 진단 · 판정, 치료 등 의료재활서비스를 제공하는 시설
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 시설

② 제1항 각 호에 따른 장애인복지시설의 구체적인 종류와 사업 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

24.「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」

제3조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "정신질환자"란 망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람을 말한다.
2. "정신건강증진사업"이란 정신건강 관련 교육 · 상담, 정신질환의 예방 · 치료, 정신질환자의 재활, 정신건강에 영향을 미치는 사회복지 · 교육 · 주거 · 근로 환경의 개선 등을 통하여 국민의 정신건강을 증진시키는 사업을 말한다.
3. "정신건강복지센터"란 정신건강증진시설, 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(이하 "사회복지시설"이라 한다), 학교 및 사업장과 연계체계를 구축하여 지역사회에서의 정신건강증진사업 및 제33조부터 제38조까지의 규정에 따른 정신질환자 복지서비스 지원사업(이하 "정신건강증진사업등"이라 한다)을 하는 다음 각 목의 기관 또는 단체를 말한다.
   가. 제15조제1항부터 제3항까지의 규정에 따라 국가 또는 지방자치단체가 설치 · 운영하는 기관
   나. 제15조제6항에 따라 국가 또는 지방자치단체로부터 위탁받아 정신건강증진사업등을 수행하는 기관 또는 단체
4. "정신건강증진시설"이란 정신의료기관, 정신요양시설 및 정신재활시설을 말한다.
5. "정신의료기관"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.
   가. 「의료법」에 따른 정신병원
   나. 「의료법」에 따른 의료기관 중 제19조제1항 후단에 따른 기준에 적합하게 설치된 의원
   다. 「의료법」에 따른 병원급 의료기관에 설치된 정신건강의학과로서 제19조제1항 후단에 따른 기준에 적합한 기관
6. "정신요양시설"이란 제22조에 따라 설치된 시설로서 정신질환자를 입소시켜 요양 서비스를 제공하는 시설을 말한다.
7. "정신재활시설"이란 제26조에 따라 설치된 시설로서 정신질환자 또는 정신건강상 문제가 있는 사람 중 대통령령으로 정하는 사람(이하 "정신질환자등"이라 한다)의 사회적응을 위한 각종 훈련과 생활지도를 하는 시설을 말한다.
8. "동료지원인"이란 정신질환자등에 대한 상담 및 교육 등의 역할을 수행할 수 있도록 정신질환자이거나 정신질환자이었던 사람 중 보건복지부령으로 정하는 동료지원인 양성과정을 수료한 사람을 말한다.

25.「조세특례제한법」

제91조의18(개인종합자산관리계좌에 대한 과세특례)

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 거주자가 제3항 각 호의 요건을 모두 갖춘 계좌(이하 이 조에서 "개인종합자산관리계좌"라 한다)에 가입하거나 계약기간을 연장하는 경우 해당 계좌에서 발생하는 이자소득 및 배당소득(이하 이 조에서 "이자소득등"이라 한다)의 합계액에 대해서는 제2항에 따른 비과세 한도금액까지는 소득세를 부과하지 아니하며, 제2항에 따른 비과세 한도금액을 초과하는 금액에 대해서는 「소득세법」 제129조에도 불구하고 100분의 9의 세율을 적용하고 같은 법 제14조제2항에 따른 종합소득과세표준에 합산하지 아니한다.

1. 가입일 또는 연장일 기준 19세 이상인 자
2. 가입일 또는 연장일 기준 15세 이상인 자로서 가입일 또는 연장일이 속하는 과세기간의 직전 과세기간에 근로소득이 있는 자(비과세소득만 있는 자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)
3. 삭제

② 개인종합자산관리계좌의 비과세 한도금액은 가입일 또는 연장일을 기준으로 다음 각 호의 구분에 따른

금액으로 한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우: 400만원
   가. 직전 과세기간의 총급여액이 5천만원 이하인 거주자(직전 과세기간에 근로소득만 있거나 근로소득 및 종합소득과세표준에 합산되지 아니하는 종합소득이 있는 자로 한정한다)
   나. 직전 과세기간의 종합소득과세표준에 합산되는 종합소득금액이 3천8백만원 이하인 거주자(직전 과세기간의 총급여액이 5천만원을 초과하지 아니하는 자로 한정한다)
   다. 대통령령으로 정하는 농어민(직전 과세기간의 종합소득과세표준에 합산되는 종합소득금액이 3천8백만원을 초과하는 자는 제외한다)
2. 제1호에 해당하지 아니하는 자의 경우: 200만원

③ "개인종합자산관리계좌"란 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 계좌를 말한다.

1. 1명당 1개의 계좌만 보유할 것
2. 계좌의 명칭이 개인종합자산관리계좌이고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 계좌일 것
   가. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제8조제3항에 따른 투자중개업자(이하 이 조에서 "투자중개업자"라 한다)와 대통령령으로 정하는 계약을 체결하여 개설한 계좌
   나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제8조제6항에 따른 투자일임업자(이하 이 조에서 "투자일임업자"라 한다)와 대통령령으로 정하는 계약을 체결하여 개설한 계좌
   다. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제8조제7항에 따른 신탁업자(이하 이 조에서 "신탁업자"라 한다)와 특정금전신탁계약을 체결하여 개설한 신탁계좌
3. 다음 각 목의 재산으로 운용할 것
   가. 예금 · 적금 · 예탁금 및 그 밖에 이와 유사한 것으로서 대통령령으로 정하는 금융상품
   나. 「소득세법」 제17조제1항제5호에 따른 집합투자기구의 집합투자증권(「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제279조제1항에 따른 외국 집합투자증권은 제외한다)
   다. 「소득세법」 제17조제1항제5호의2에 따른 파생결합증권 또는 파생결합사채
   라. 「소득세법」 제17조제1항제9호에 따라 과세되는 증권 또는 증서
   마. 「소득세법」 제88조제3호에 따른 주권상장법인의 주식
   바. 그 밖에 대통령령으로 정하는 재산
4. 계약기간이 3년 이상일 것
5. 총납입한도가 1억원(제91조의14에 따른 재형저축 또는 제91조의16에 따른 장기집합투자증권저축에 가입한 거주자는 재형저축 및 장기집합투자증권저축의 계약금액 총액을 뺀 금액으로 한다) 이하이고, 연간 납입한도가 다음의 계산식에 따른 금액일 것

2천만원 × [1 + 가입 후 경과한 연수(경과한 연수가 4년 이상인 경우에는 4년으로 한다)] − 누적 납입금액

④ 개인종합자산관리계좌의 계좌보유자는 계약기간 만료일 전에 해당 계좌의 계약기간을 연장할 수 있다.

⑤ 제1항 또는 제2항을 적용할 때 이자소득등의 합계액은 개인종합자산관리계좌의 계약 해지일을 기준으로 하여 제3항제3호 각 목의 재산에서 발생한 이자소득등에서 제3항제3호 각 목의 재산에서 발생한 대통령령으로 정하는 손실을 대통령령으로 정하는 방법에 따라 차감하여 계산한다.

⑥ 신탁업자, 투자일임업자 및 투자중개업자(이하 이 조에서 "신탁업자등"이라 한다)는 「소득세법」 제130조 및 제155조의2에도 불구하고 계약 해지일에 이자소득등에 대한 소득세를 원천징수하여야 한다.

⑦ 신탁업자등은 개인종합자산관리계좌의 계좌보유자가 최초로 계약을 체결한 날부터 3년이 되는 날 전에 계약을 해지하는 경우(계좌보유자의 사망 · 해외이주 등 대통령령으로 정하는 부득이한 사유로 계약을 해지하는 경우는 제외하며, 이하 이 조에서 "중도해지"라 한다)에는 과세특례를 적용받은 소득세에 상당하는 세액을 제146조의2에 따라 추징하여야 한다.

⑧ 개인종합자산관리계좌의 계좌보유자가 최초로 계약을 체결한 날부터 3년이 되는 날 전에 계약기간 중 납입한 금액의 합계액을 초과하는 금액을 인출하는 경우에는 해당 인출일에 계약이 중도해지된 것으로 보아 제5항부터 제7항까지를 적용한다.

⑨ 국세청장은 개인종합자산관리계좌의 계좌보유자가 제1항제2호(근로소득 요건에 한정한다), 제2항 각 호(총급여액 및 종합소득금액 요건에 한정한다)에 해당하는지를 확인하여 신탁업자등에게 통보하여야 한다.

⑩ 제9항에 따라 신탁업자등이 개인종합자산관리계좌의 계좌보유자가 제1항제2호(근로소득 요건에 한정한다)에 해당하지 아니하는 것으로 통보받은 경우에는 그 통보를 받은 날에 계약이 해지된 것으로 보며, 해당 신탁업자등은 이를 개인종합자산관리계좌의 계좌보유자에게 통보하여야 한다.

⑪ 개인종합자산관리계좌의 계좌보유자가 최초로 계약을 체결한 날부터 3년이 되는 날 이후에 「소득세법」 제59조의3제3항에 따라 해당 계좌 잔액의 전부 또는 일부를 연금계좌로 납입한 경우에는 해당 개인종합자산관리계좌의 계약기간이 만료된 것으로 본다.

⑫ 개인종합자산관리계좌의 가입 · 연장절차, 가입대상의 확인 · 관리, 이자소득등의 계산방법 및 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

26. 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」

제6조(회생절차폐지 등에 따른 파산선고)

① 파산선고를 받지 아니한 채무자에 대하여 회생계획인가가 있은 후 회생절차폐지 또는 간이회생절차폐지의 결정이 확정된 경우 법원은 그 채무자에게 파산의 원인이 되는 사실이 있다고 인정하는 때에는 직권으로 파산을 선고하여야 한다.

② 파산선고를 받지 아니한 채무자에 대하여 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 결정이 확정된 경우 법원은 그 채무자에게 파산의 원인이 되는 사실이 있다고 인정하는 때에는 채무자 또는 관리인의 신청에 의하거나 직권으로 파산을 선고할 수 있다.

1. 회생절차개시신청 또는 간이회생절차개시신청의 기각결정(제293조의5제2항제2호가목의 회생절차개시결정이 있는 경우는 제외한다)
2. 회생계획인가 전 회생절차폐지결정 또는 간이회생절차폐지결정(제293조의5제3항에 따른 간이회생절차폐지결정 시 같은 조 제4항에 따라 회생절차가 속행된 경우는 제외한다)
3. 회생계획불인가결정

③ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 파산선고를 한 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 등기 또는 등록의 촉탁은 파산의 등기 또는 등록의 촉탁과 함께 하여야 한다.

1. 제23조제1항, 제24조제4항 · 제5항의 규정에 의한 등기의 촉탁
2. 제27조에서 준용하는 제24조제4항 및 제5항의 규정에 의한 등록의 촉탁

④ 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 파산선고가 있는 경우 제3편(파산절차)의 규정을 적용함에 있어서 그 파산선고 전에 지급의 정지 또는 파산의 신청이 없는 때에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 행위를 지급의 정지 또는 파산의 신청으로 보며, 공익채권은 재단채권으로 한다.

1. 회생절차개시 또는 간이회생절차개시의 신청
2. 제650조의 사기파산죄에 해당하는 법인인 채무자의 이사(업무집행사원 그 밖에 이에 준하는 자를 포함한다. 이하 같다)의 행위

⑤ 회생계획인가결정 전에 제2항의 규정에 의한 파산선고가 있는 경우 제3편(파산절차)의 규정을 적용함에 있어서 제2편(회생절차)에 의한 회생채권의 신고, 이의와 조사 또는 확정은 파산절차에서 행하여진 파산채권의 신고, 이의와 조사 또는 확정으로 본다. 다만, 제134조 내지 제138조의 규정에 의한 채권의 이의, 조사 및 확정에 관하여는 그러하지 아니하다.

⑥ 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 파산선고가 있는 때에는 관리인 또는 보전관리인이 수행하는 소송절차는 중단된다. 이 경우 파산관재인 또는 그 상대방이 이를 수계할 수 있다.

⑦ 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 파산선고가 있는 때에는 제2편(회생절차)의 규정에 의하여 회생절차에서 행하여진 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자의 처분 · 행위 등은 그 성질에 반하지 아니하는 한 파산절차에서도 유효한 것으로 본다. 이 경우 법원은 필요하다고 인정하는 때에는 유효한 것으로 보는 처분 · 행위 등의 범위를 파산선고와 동시에 결정으로 정할 수 있다.

1. 법원
2. 관리인 · 보전관리인 · 조사위원 · 간이조사위원 · 관리위원회 · 관리위원 · 채권자협의회
3. 채권자 · 담보권자 · 주주 · 지분권자(주식회사가 아닌 회사의 사원 및 그 밖에 이와 유사한 지위에 있는 자를 말한다. 이하 같다)
4. 그 밖의 이해관계인

⑧ 파산선고를 받은 채무자에 대한 회생계획인가결정으로 파산절차가 효력을 잃은 후 제288조에 따라 회생절차폐지결정 또는 간이회생절차폐지결정이 확정된 경우에는 법원은 직권으로 파산을 선고하여야 한다.

⑨ 제8항의 경우 제3편(파산절차)의 규정을 적용함에 있어서 회생계획인가결정으로 효력을 잃은 파산절차에서의 파산신청이 있은 때에 파산신청이 있은 것으로 보며, 공익채권은 재단채권으로 한다.

⑩ 제3항 · 제6항 및 제7항의 규정은 제8항의 경우에 관하여 준용한다.

27.「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, 혈액 투석, 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.

제25조(호스피스전문기관의 지정 등)

① 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치 · 운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설 · 인력 · 장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.

② 제1항에 따라 지정을 받으려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 호스피스전문기관(이하 “호스피스전문기관”이라 한다)에 대하여 제29조에 따른 평가결과를 반영하여 호스피스사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다.

④ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 호스피스전문기관의 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제28조(호스피스의 신청)

① 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스전문기관에 신청하여야 한다.

② 호스피스대상환자가 의사결정능력이 없을 때에는 미리 지정한 지정대리인이 신청할 수 있고 지정대리인이 없을 때에는 제17조제1항제3호 각 목의 순서대로 신청할 수 있다.
③ 호스피스대상환자는 언제든지 직접 또는 대리인을 통하여 호스피스의 신청을 철회할 수 있다.
④ 호스피스의 신청 및 철회 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.