

2-151. 상급종합병원Ⅱ 하이클래스 암주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관
2-152. 상급종합병원Ⅱ 하이클래스 암주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관(갱신형)



제자리암 및 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 〈갑상선암·기타피부암·유사암진단비 특별약관, 갑상선암·기타피부암·유사암진단비 특별약관(갱신형)〉 참조

제1조(보험금의 지급사유)

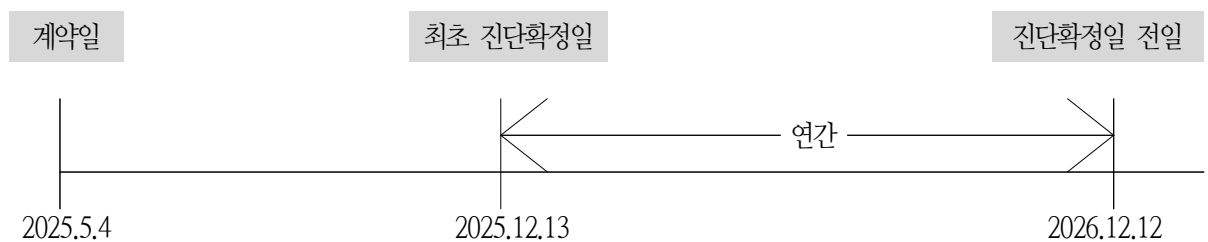
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정) 제3항에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 최초 진단확정되고 '보험금 지급기간' 이내에 '상급종합병원Ⅱ'에서 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 '하이클래스 암주요치료'를 받은 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원Ⅱ하이클래스암주요치료비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금은 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간 1회를 한도로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '보험금 지급기간'이라 함은 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, '상급종합병원Ⅱ'에서 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 '하이클래스 암주요치료'를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '연간'이란, 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단확정일(일반암, 갑상선암 또는 기타피부암 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.



〈연간에 대한 예시〉

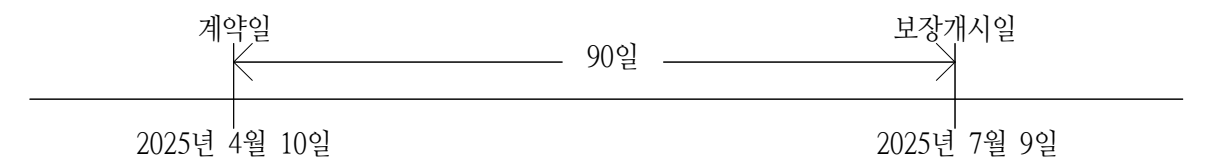


- ③ 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).

1. 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
2. 갱신후계약의 경우 회사의 보장은 갱신일의 첫날에 시작합니다.



〈보장개시일 [예시]〉

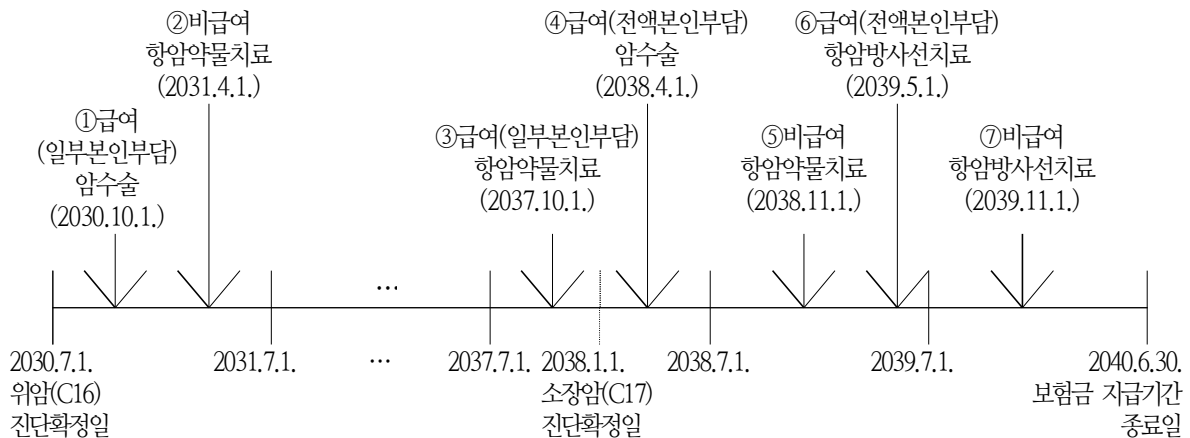


- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 최초 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간'이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 '상급종합병원Ⅱ'에서 제4조(하이클래스 암주요치료의 정의)에서 정한 '하이클래스 암주요치료'를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 보험금만 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 '상급종합병원Ⅱ' 이외의 병원에서 '하이클래스 암주요치료'를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원Ⅱ의 정의)의 '상급종합병원Ⅱ'에 해당하게 된 경우 '상급종합병원Ⅱ' 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 '상급종합병원Ⅱ'에서 '하이클래스 암주요치료'를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원Ⅱ의 정의)의 '상급종합병원Ⅱ' 지정이 취소된 경우 '상급종합병원Ⅱ' 지정 취소 적용일 전일까지의 '하이클래스 암주요치료'에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



〈 상급종합병원Ⅱ 하이클래스 암주요치료비(연간1회한,진단후10년) 보험금 지급 예시 〉

- 보험계약일 : 2025년 5월 1일, 10년만기
- 보험가입금액 : 1,000만원
- 위암(C16) 최초 진단확정일 : 2030년 7월 1일
- 소장암(C17) 최초 진단확정일 : 2038년 1월 1일



최초진단 후 1차년도	최초진단 후 2~7차년도	최초진단 후 8차년도	최초진단 후 9차년도	최초진단 후 10차년도
①암수술(C16) 보험금 미지급 (비급여(전액본인부담포함) 미해당)	-	③항암약물치료(C16) 보험금 미지급 (비급여(전액본인부담포함) 미해당)	⑤항암약물치료(C17) 보험금 1,000만원 지급	⑦항암방사선치료(C17) 보험금 1,000만원 지급
②항암약물치료(C16) 보험금 1,000만원 지급	-	④암수술(C17) 보험금 1,000만원 지급	⑥항암방사선치료(C17) 보험금 미지급 (연간회한 초과)	-

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2030년 7월 1일) 이후에 소장암(C17)을 최초 진단받더라도 '보험금 지급기간'은 위암(C16) 최초 진단확정일(2030년 7월 1일)로부터 10년입니다.

※ '상급종합병원Ⅱ'에서 '하이클래스 암주요치료'를 받은 경우의 지급 예시입니다.

제3조(암, 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표10> '악성 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표10> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표10> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 '암관련질병'(일반암, '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 합니다. 이 경우 '암관련질병'(일반암, '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 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】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

제4조(하이클래스 암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '하이클래스 암주요치료'라 함은 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암을 제거하거나 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
 1. 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담포함) 암수술'을 받은 경우
 2. 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료'를 받은 경우
 3. 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료'를 받은 경우
- ② 제1항의 '하이클래스 암주요치료'는 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암(최초 진단과 상이한 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 '비급여'라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을

말합니다.

- ④ 제1항의 '전액본인부담'이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.
- ⑤ 제1항 제1호의 '비급여(전액본인부담포함) 암수술'은 수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제3항 및 제4항의 '비급여' 또는 '전액본인부담'에 해당하는 경우를 말합니다.
- ⑥ 제1항 제2호의 '비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료'는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 '비급여' 또는 '전액본인부담'에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.
- ⑦ 제1항 제3호의 '비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료'는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료가 제3항 및 제4항의 '비급여' 또는 '전액본인부담'에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.
- ⑧ 제1항의 '하이클래스 암주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 '하이클래스 암주요치료'로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호르몬 관련 치료제
 5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
 6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
 7. 제1호 내지 제6호 이외의 '하이클래스 암주요치료'와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)



〈 진료비 세부 내역서 〉

병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

〈 호르몬 관련 치료제 〉

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조(암수술, 항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '암수술'이라 함은 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암의 치료를 직접적인 목적으로 '수술'을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ③ 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ⑤ 제2항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.
- ⑥ 이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사

하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

- ⑦ 이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.



〈 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)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(상급종합병원Ⅱ의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '상급종합병원Ⅱ'라 함은 상급종합병원, 국립암센터 및 원자력병원을 말하며, 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 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

- ③ 제1항의 '국립암센터'라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 동법 제29조(부속기관의 설치)에서

정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.



[암관리법]

제27조(국립암센터 설립 등)

- ① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립 암센터를 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

제29조(부속기관의 설치)

- ① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.
- ④ 제1항의 '원자력병원'이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 동법 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 다음 각 호의 병원을 말합니다.
 1. 한국원자력의학원 원자력병원
 2. 동남권원자력의학원 원자력병원



[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법]

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

- ① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원을 설립한다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

- ① 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

제9조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제9조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)에 의하여 계약이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 계약의 보장보험료를 납입하여야 합니다.

제10조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신행 특별약관에만 적용합니다.

- ① '갱신행 특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보장개시일 이후에 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 최초 진단확정된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고, 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 '보험금 지급기간'동안 보장합니다.

제11조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제29조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보장개시일 이후에 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제12조(해약환급금)

- ① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제40조(해약환급금)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 2종(100세/90세/80세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형)에서 제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입) 제2항에 따라 차회 이후 보험료를 납입하지 않는 사유가 발생한 이후 해지하는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.

제13조(계약의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 최초 진단확정되고 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 '보험금 지급기간'이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제27조(계약의 소멸) 제2항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 계약자적립액 〉

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

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

제
도
성
특
별
약
관

별
표