

삼성
New종합건강보험(무배당) 일당백

보험약관 [2021년 8월 개정약관]

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

삼성생명 

진심으로 깊은 감사의 말씀을 드립니다.

삼성생명은 “보험은 사랑”이라는 컨셉 아래
고객의 사랑이 평생 이어지도록 든든한 힘이 되고자
최선을 다하고 있습니다.

오늘의 삼성생명이 있기까지 한결같이 성원해 주신
고객 여러분에게 다시 한번 깊이 감사드리며,
언제 어디서나 고객이 있는 곳에는
삼성생명이 함께 하는 고객 여러분의
'신뢰받는 삶의 동반자'가 될 수 있도록
더욱 노력할 것을 약속드립니다.

앞으로도 애정 어린 관심과 성원을 부탁드리며
고객님의 가정에 사랑과 행복이 가득하시기를
기원합니다.

약관을 쉽게 이용할 수 있는
약관 이용가이드 북

01 보험 약관이란?

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

특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 보험계약의 중요한 사항에 대한 설명이 들어 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

02 한 눈에 보는 약관의 구성



약관 이용 가이드북

약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담은 지침서



약관 요약서

약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 주요내용 및 유의사항 등을 시각적 방법을 이용하여 간단하게 요약한 설명서



보험약관 (주계약 & 특약)

주계약 약관 기본계약의 내용과 특약에 준용되는 공통 사항을 정한 기본약관

특약 약관 주계약 약관에 정한 사항 외 선택 가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관



용어해설 및 색인 등

약관 이해를 돋기 위한 어려운 법률 · 보험용어의 해설, 관련 법규 등을 소비자에게 안내

03 QR 코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하시면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상



보험금 지급절차



전국 지점



04 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기 (주계약 약관 기준)

보험 약관 **핵심사항** 등과 관련된 **해당 조문, 영상자료** 등을 안내드리오니
보험회사로부터 약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 **확인 · 숙지**하시기 바랍니다.

1. 보험금 지급사유 및 지급 제한 사유

제3조(보험금의 지급사유)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

※ 본인이 가입한 특약을 확인하여 [가입 특약별 보험금 지급사유 및
지급 제한 사유도 반드시 확인](#)하시기 바랍니다.



2. 청약철회

제17조(청약의 철회)



3. 계약취소

제18조(약관 교부 및 설명의무 등)



4. 계약무효

제19조(계약의 무효)



5. 계약 전 알릴의무 및 위반효과

제13조(계약 전 알릴 의무)

제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)



6. 보험료 연체 및 해지

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



7. 부활(효력회복)

제 27 조(보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복))



8. 해지환급금

제29조(계약자의 임의해지)

제32조(해지환급금)



9. 보험계약대출

제 33 조(보험계약대출)



05 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

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

1. 시각화된 '약관요약서'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해할 수 있습니다. 약관요약서
2. 약관 이용가이드북의 '약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'를 이용하시면 약관 내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다. 약관 이용가이드북
3. '목차'를 활용하시면 주계약에 부가할 수 있는 특약 중 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. 목차
4. 약관 내용 중 어려운 보험용어는 주요 용어 해설의 용어해설, 약관본문 Box안의 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다. 주요 용어 해설
5. 스마트폰으로 약관 이용가이드북의 QR코드를 인식하시면 약관 해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 안내 받을 수 있습니다. 약관 이용가이드북
6. '인용된 법령 내용'을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다. 인용된 법령 내용

06 기타 문의 사항

※ 당사 홈페이지(www.samsunqlife.com) 상품공시실에 상품요약서와 보험약관이 공시되어 있으니, 가입하신 보험상품 내용이 궁금하거나 약관을 분석하였을 경우 편리하게 이용하시기 바랍니다.

당사 홈페이지 고객상담 코너에서 계약변경, 보험금 청구시 구비서류 등을 조회할 수 있으며, 홈페이지 MY 삼성생명, 콜센터(1588-3114)를 이용하시면 편리하게 다음의 업무를 보실 수 있습니다.

- MY삼성생명 계약조회, 기본계약사항, 보장내용조회, 보험계약대출, 자동이체 조회/변경, 계약변경, 계약금액 감액, 변액보험 편드변경, 보험료 납입 등

※ MY 삼성생명을 이용하시기 위해서는 가까운 삼성생명 고객플라자에 신분증, 본인명의 은행통장을 지참하시고 방문하여 MY 삼성생명 등록신청(최초 1회)을 하셔야 합니다.

☎ 콜센터 자동이체신청, 변경, 해지, 보험료 납입신청, 청약철회 접수,

1588-3114 품질보증접수, 보험계약대출신청, 각종 상담문의 등

※ 콜센터로 전화주시면 한번에 모든 업무를 해결할 수 있는

One-Call-Service를 이용하실 수 있으며,

ARS를 이용한 조회업무는 24시간 이용이 가능합니다.

▣ E-mail 서비스

고객님의 E-mail을 등록하시면 자동이체 입금결과, 보험계약대출내역 등을 알려드릴 뿐만 아니라 생활에 필요한 건강정보 등을 받아보실 수 있습니다. E-mail 서비스는 삼성생명 콜센터, 담당 보험설계사, 고객플라자, MY삼성생명 등을 통해서 신청하실 수 있습니다.

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은

금융감독원 금융소비자정보포털 (FINE, fine.fss.or.kr)에서 확인 가능합니다.

※ 고객님께서 가입하신 보험계약에 대해 분쟁조정이 필요하거나 보험금 지급처리내용 등에 대해 불만이 있으신 경우에는 금융감독원 민원상담전화 등을 통해 상담을 받거나 분쟁조정 등을 신청할 수 있습니다.

☎ 금융감독원 민원상담전화 : 국번없이 1332

쉽게 이용할 수 있는
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 불이익을 받을 수 있으므로, 동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

1 보험계약의 개요

■ 보험회사명	삼성생명보험주식회사
■ 보험상품명	삼성 New 종합건강보험 (무배당) 일당백
■ 보험상품의 종목	질병보험

01 상품의 주요 특징

- 이 상품은 피보험자의 암, 뇌출혈, 급성심근경색증 진단을 보장하는 건강보험 상품이며, 보장성 특약을 부가하여 질병의 진단 · 입원 · 수술 · 재해까지 보장 받을 수 있는 종합건강 상품입니다.
- 이 상품은 1종(무해지환급형)과 2종(유해지환급형)을 선택하여 가입하실 수 있습니다.
- 고객의 니즈에 맞게 비갱신형과 갱신형 선택 특약을 자유롭게 설계할 수 있습니다.(단, 일부특약 제외)
- 피보험자의 건강상태가 양호하여 회사가 정한 기준에 부합한 경우,
고지우량체할인특약 또는 슈퍼우량체할인특약을 부가하여 보험료 할인혜택을 받을 수 있습니다.
- 해당 특약 가입시 만성 질환, 중증 질환 등 다양한 질병에 대한 진단 보장이 가능합니다.
- 당뇨병, 만성 간 · 폐 · 신장질환, 6 대 난치성질병, 크론병, 특정류마티스관절염 등

02 '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

■ 보험상품명 : 삼성 New 종합건강보험(무배당) 일당백

- 1) 건강보험 피보험자의 질병 진단, 입원, 수술 등을 보장하는 보장성 상품입니다.
- 2) 무배당 보험계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.



2 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01 보험금 지급제한사항



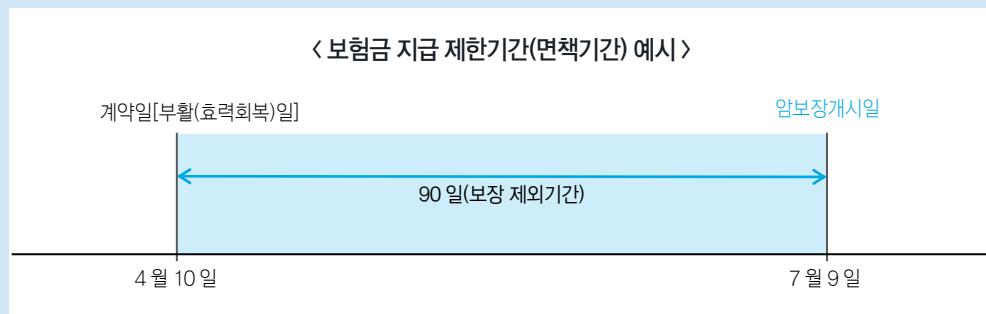
이 보험에는 면책기간, 감액지급, 보장한도 등 보험금 지급제한 조건이 부가된 주계약 및 특약이 있습니다.

아래 내용은 이 보험의 주요 유의사항만을 요약하고 이해를 위해 대표적인 예시를 든 것으로, 반드시 관련 내용을 상품설명서나 약관으로 설명 들으시길 바랍니다.

1. 보험금 지급 제한기간(면책기간)



- 암(소액암 제외)의 진단, 수술, 입원, 통원, 항암약물치료 또는 항암방사선치료 등을 보장하는 주계약 및 특약은 계약(부활)일로부터 90 일내 암으로 진단된 경우에 보험금을 지급하지 않습니다.
- ◆ 주계약 및 특약의 보상대상기간과 보상제외기간은 주계약 및 각 특약별로 다를 수 있으므로 반드시, 가입하신 특약 약관에서 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.



민원사례

A 씨는 암진단특약 가입 후 2 개월이 지난 시점에 위암으로 판정받아 암 진단보험금을 청구

☞ 보험회사는 보험가입 후 90 일이 경과하지 않았으므로 보험금을 지급할 수 없다고 안내



2. 보험금 감액 지급

- 암(유방암, 자궁암, 전립선암에 한함), 소액질병, 뇌혈관질환, 허혈심장질환, 급성뇌경색증, 크론병, 특정류마티스관절염 등의 진단, 일부 항암방사선 · 약물치료(표적항암약물, 특정항암호르몬약물, 항암양성자방사선, 항암세기조절방사선) 및 MRI 및 양전자단층촬영(PET) 등의 급여 검사비지원 보장하는 주계약 및 일부 특약의 경우 계약일부터 1년 이내 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%만 지급합니다.

- ◆ 반드시, 가입하신 주계약 및 특약 약관에서 감액기간 및 감액비율을 확인하시기 바랍니다.

2. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의 사항



민원사례

A 씨는 뇌졸증진단특약 가입 후 10 개월이 지난 시점에 뇌출혈로 진단받아 뇌졸증진단보험금을 청구

☞ 보험회사는 보험가입 후 1년이 경과하지 않아도 보험가입금액의 50%만 지급됨을 안내

3. 보장한도(보장횟수)



- 암, 뇌혈관질환, 혀혈심장질환, 급성뇌경색증, 크론병, 특정류마티스관절염 등의 진단 및 치료를 보장하는 주계약 및 특약의 경우 **최초 1회 진단에** 한하여 보험금을 지급합니다.
 - ◆ 반드시. 가입하신 주계약 및 특약 약관에서 **보장한도를** 확인하시기 바랍니다.



민원사례

A 씨는 워암으로 암 지단보험금을 받은 후 가암으로 추가 지단받아 보험금을 청구

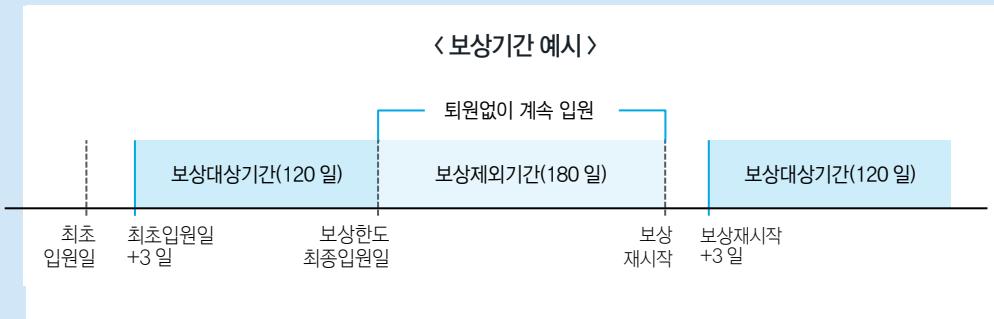
■ 보험회사는 암 진단보험금은 최초 1회에 한하여 지급되므로 추가 지급될 보험금이 없을을 안내

4. 보장한도(보상기간)



- **입원을 보장하는** 특약의 경우 1회 입원당 120일 또는 60일 등을 한도로 보장합니다.
단, 보상대상기간을 경과하여 계속하여 퇴원없이 입원하는 경우에는 보상한도 최종입원일로부터 180일이 경과하면 새롭게 보장합니다.
 - ◆ 반드시, 가입하신 특약 약관에서 **보상대상기간**과 **보상제외기간**을 확인하시기 바랍니다.

2. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의 사항



민원사례

A 씨는 뇌혈관질환입원특약 가입 후 뇌혈관질환으로 150 일 동안 입원 치료받은 후 입원보험금을 청구

→ 보험회사는 최초 3 일을 초과한 날부터 120 일 한도내에서 입원보험금이 지급됨을 안내

02 해지환급금에 관한 사항(주계약 기준)

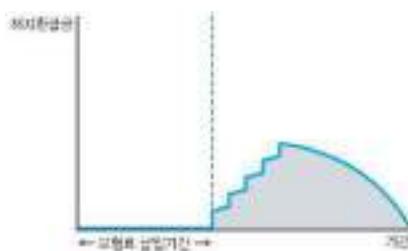
보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우 보험회사는 해지환급금을 지급합니다.



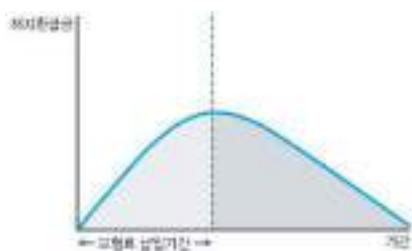
- 이 보험계약을 중도 해지할 경우 **해지환급금**은 납입한 보험료에서 경과된 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용 등이 차감되므로 **납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.**
- 특히, 이 보험의 1 종(무해지환급금형)은 「해지율」을 적용한 상품으로 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 **해지환급금이 2 종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2 종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입** 할 수 있는 보험상품입니다.

〈무해지환급금형 해지환급금 비교 예시〉

· 1 종(무해지환급금형) 상품



· 2 종(유해지환급금형) 상품



2. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의 사항

03 갱신시 보험료 인상 가능성

이 보험에는 갱신시 보험료가 변동되는 갱신형 특약이 포함되어 있습니다.



- 갱신형 특약은 **갱신할 때마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 변동(특히, **인상**)될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.
- 갱신형 특약은 특약명 옆에 **(갱신형)**이라고 명기하고 있습니다.

*예시) 뇌혈관질환진단특약 N15(갱신형, 무배당)

04 기타 소비자가 반드시 알아 두어야 할 상품의 주요 특성

1. 보장성 보험



- 이 보험은 질병의 진단, 입원, 통원, 수술의 보장 등을 주목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.
- 중도해지 시 **납입한 보험료**보다 **해지환급금**이 적거나 없을 수 있습니다.
- 가입한 **특약**의 경우 주계약과 **보험기간이 다를 수 있습니다.**
특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다.

2. 예금자보호제도에 관한 사항



- 이 보험은 **예금자보호법**에 따라 예금보험공사가 **보호**합니다.
- 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타 지급금을 합하여 **1인당 "최고 5 천만원"이며, 5 천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.**
또한, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인이면 보호되지 않습니다.

05 기타 보험계약 관련 특히 유의할 사항



1. 감액 관련

- 이 보험계약은 보험료를 장기간 납입해야 하기 때문에 보험계약자의 소득을 감안하여 보험료 수준을 결정하여야 합니다. 또한, 납입기간 중 보험가입금액을 감액하는 경우 감액부분만큼 해지로 처리되어 해지공제금액 상당의 손실이 발생될 수 있습니다.

2. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의 사항



2. 갱신형 특약 관련

- 갱신형특약의 보험료는 갱신시마다 보험나이증가, 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 및 위험률) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 변동(특히, 인상)될 수 있습니다.
- 갱신형특약은 보험계약자가 특약의 보험기간 만료일 15 일전까지 갱신하지 않겠다는 의사표시를 하지 않으면 갱신되며, 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 해당 특약 약관을 참조하시기 바랍니다.



3. 교차모집 관련 유의사항

- 교차모집의 시행으로 손해보험회사의 보험설계사가 1개의 생명보험회사를 위하여 모집하거나, 생명보험회사의 보험설계사가 1개의 손해보험회사를 위하여 모집할 수 있게 되었습니다. 그러므로, 보험계약자는 가입하고자 하는 보험상품이 해당회사의 상품이 맞는지 또는 상품설명서에 기재된 보험설계사의 성명이 실제 모집한 보험설계사와 일치하는지를 반드시 확인하시기 바랍니다.

06 기타 보험금 지급관련 특히 유의할 사항



1. 주계약 보험금지급 관련

- 암보장개시일은 계약일[계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다. 다만, 뇌출혈 및 급성심근경색증 보장개시일은 계약일[계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 동일합니다.



2. 소멸사유

- 주계약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우 및 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때, 피보험자가 사망한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
※ 특약의 소멸사유가 주계약과 다를 수 있으므로, 이와 관련된 사항은 각 특약의 약관을 참조하시기 바랍니다.



3. 납입면제사유

- 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때 또는 피보험자가 보험료 납입기간 중 주계약 약관 제 3 조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 지급사유가 발생하였을 때에는 차회 이후의 주계약 보험료 납입을 면제합니다.
- 주계약 보험료 납입면제시 차회 이후 특약보험료 납입을 면제합니다.
※ 특약의 납입면제 관련 내용은 각 특약별로 다를 수 있으므로, 이와 관련된 사항은 각 특약의 약관을 참조하시기 바랍니다.

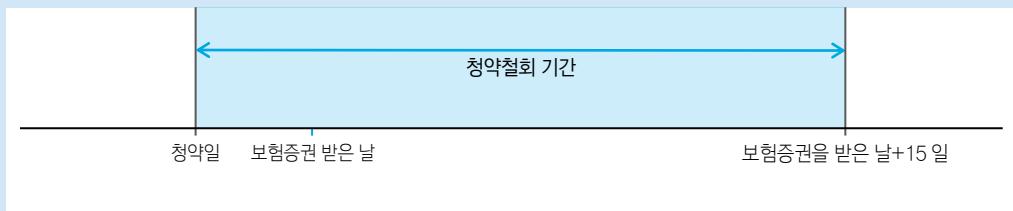
3 보험계약의 일반사항

* 보다 쉽게 이해할 수 있도록 보험약관의 일반적인 내용을 담은 것으로 가입하신 상품의 세부 약관과 다소 다를 수 있으므로 보다 자세한 내용은 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

01 청약을 철회할 수 있는 권리



보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며 이 경우 회사는 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



[청약철회를 할 수 없는 경우]

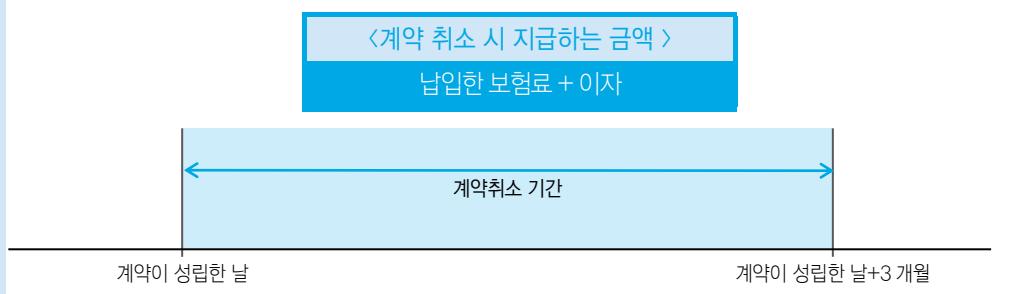
- 1) 청약한 날부터 30 일 (단, 전화를 통해 가입하는 계약 중 계약자의 나이가 만 65 세 이상인 계약은 45 일)을 초과한 경우
- 2) 전문금융소비자가 체결한 계약(단, 전문금융소비자가 일반금융소비자로 간주되는 경우는 제외)

02 보험계약을 취소할 수 있는 권리



보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

- 보험계약을 청약할 때 **보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- 보험약관의 중요내용**을 설명 받지 못한 경우
- 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우



* 자필서명은 날인(도장을 찍음) 및 전자서명(전자서명법 제2조 제2호)을 포함합니다.

* 납입한 보험료는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액'을 차감한 금액으로 합니다.

* 이자는 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 말합니다.

03 보험계약의 무효



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

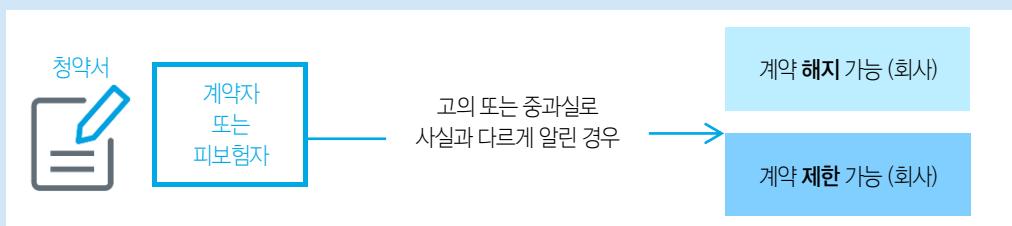
* 이미 납입한 보험료는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, ‘감액으로 회사가 실제 지급한 금액’을 차감한 금액으로 합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 만 15 세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
- 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

04 보험계약 전 알릴의무 및 위반시 효과



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



- 청약서의 질문 사항에 대하여 **보험설계사**에게만 구두로 알렸을 경우 **보험계약전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- 전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.**



판례 [대법원 2007.6.28. 선고 2006 다 59837 판결]

일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음



민원 사례

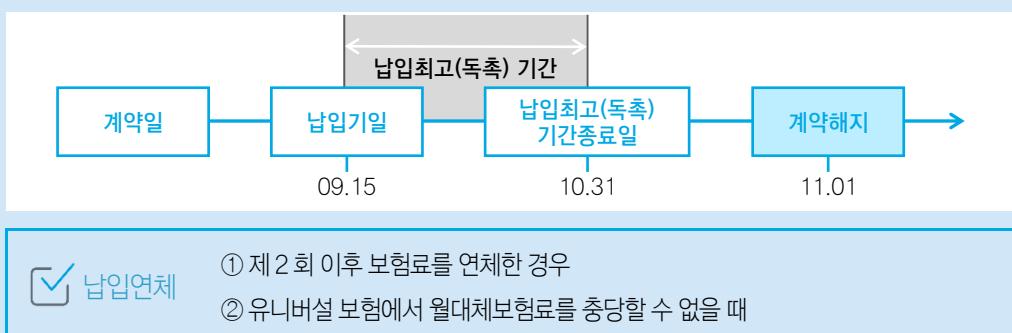
A 씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90 일간 투약 처방을 받은 사실을 **보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채** ○○건강보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험을 청구
 ▷ 보험회사는 **보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내**

05 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지



보험계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 납입을 독촉하는 안내를 하며, 납입최고(독촉)기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.

- 납입최고(독촉)기간 : 14 일 이상(보험기간 1 년 미만인 경우 7 일 이상)의 기간으로 정합니다. 다만, 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.
- 유니버설상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우를 포함합니다.



06 해지된 보험계약의 부활(효력회복)



보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
해지된 날부터 3년 이내에 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

- 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 **부활(효력회복)**을 거절하거나 **보장의 일부를 제한**할 수 있습니다.
- 해지환급금을 받지 않은 경우에는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다.



07 보험계약대출



이 계약은 보험계약대출을 운용하지 않습니다.

<보험계약대출이율의 공시>

이 보험의 보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com)의 “상품공시실” 내 “보험상품적용이율” – “보험계약대출이율 변동현황”에서 공시합니다.

08 보험금 청구방법 및 지급절차

1. 보험금의 청구방법



- 보험금청구 사유에 해당하는 구비서류를 준비하셔서 가까운 고객플라자 또는 지점을 방문하거나, 담당컨설턴트/우편/FAX/인터넷 등을 통하여 청구를 할 수 있습니다.
- 구비서류는 홈페이지(<http://www.samsunglife.com>) 또는 사고보험금 전용콜센터 (☏ 1577-4118)에서 관련 내용을 확인할 수 있습니다.
- 단, FAX/인터넷/모바일 접수의 경우 접수 가능 금액 등의 제한 사유가 있을 수 있으니 청구 유형별로 세부내용을 확인하시기 바랍니다.

<접수처 별 청구 가능 보험금>

	사망	장해	진단	실손	입원 · 통원 수술 · 골절
고객플라자 / 지점방문	●	●	●	●	●
우편		●	●	●	●
FAX / 인터넷 / 모바일				●	●

3. 보험계약의 일반사항

〈사고보험금 청구서류 대표예시〉

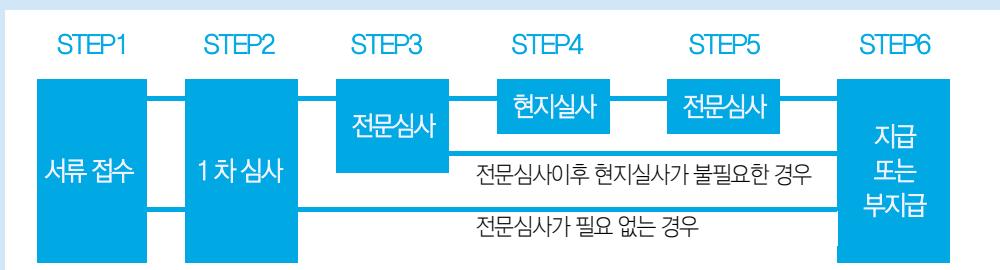
구분	진단서	입·퇴원 확인서	수술 확인서	통원 확인서	진단사실 확인서류	재해 입증서류	공통
사망	● (사망진단서)					● (재해관련 보험금)	청구서 신분증
장해	● (장해진단서)						
진단	●				● (검사결과지 등)		
입원		●					
수술			●				
통원				●			
실손		● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)			

* 위 표는 대표적인 예시만 나타낸 것으로 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

2. 보험금 지급절차



- 회사는 보험금 청구서류를 접수한 때에는 아래와 같은 절차를 거쳐 보험금 지급을 심사합니다.
- 보험금 지급기일은 청구서류 접수일부터 3 영업일 이내입니다.
다만, 보험금 지급사유의 조사확인이 필요한 경우 지급기일은 접수 후 10 영업일 이내로 합니다.
- 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다.



- 위 내용은 계약체결시점을 기준으로 작성되었으며, 보험금의 청구방법 및 지급절차 등은 추후 변경될 수 있습니다. 따라서, 홈페이지(<http://www.samsunglife.com>) 또는 사고보험금 전용콜센터(☎ 1577-4118)에서 관련 내용을 확인하시기 바랍니다.
- 약관 이용가이드북 보험금 지급절차(QR 코드)로 접속하시면 보험금 지급절차에 대한 보다 자세한 사항을 확인할 수 있습니다.

4 주요 보험용어 해설

보험약관

보험계약에 관하여
보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

보험계약자

보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

피보험자

보험사고의 대상이 되는 사람

보험수익자

보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

보장개시일

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
* 보장에 따라 별도의 보장개시일이 존재할 수 있음

보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
* 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

보험사고

보험회사가 보험금 등을 지급하여야 할 원인이 되는 사고

보험금

피보험자의 사망, 장해, 입원 및 보험기간 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

해지환급금

보험계약이 해지된 경우 보험계약자에게 돌려주는 금액

보험약관 쉽게 이해하기

01. 보험계약 관련 유의할 사항
02. 보험금 지급에 관한 사례
03. 주요 민원사항
04. 개인신용정보의 수집 · 이용, 조회 및 제공에
관한 고객권리안내문

이 ‘보험약관 쉽게 이해하기’는 다소 생소한 보험약관을 보다 쉽게 이해할 수 있도록 보험계약 관련 유의사항 등 보험약관의 일반적인 내용을 담았습니다. 이 내용은 표준약관 조항과 이해를 돋기 위한 사례 등을 들어 설명한 것으로 가입하신 상품의 세부 약관과 다소 다를 수 있으므로 보다 자세한 내용은 [보험약관]을 참조하시기 바랍니다.

01. 보험계약 관련 유의할 사항

- 계약을 체결할 때 유의해야 할 사항을 관련 표준약관과 함께 기재하였으며,
계약 전 반드시 내용을 확인하시고 청약하시기 바랍니다.
- 이 내용은 표준약관을 기재한 내용으로 가입하신 상품의 약관과 다소 다를 수 있으므로
보다 자세한 내용은 해당 상품의 “약관”에 기재하고 있으니 내용을 확인하시기 바랍니다.

1 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 기재하고 자필서명을 하여야 합니다.
(계약 전 알릴 의무)



표준약관 제 14 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 13 조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

해설

- 계약자 또는 피보험자는 청약서의 중요한 사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하여야 합니다.
- “중요한 사항”이라 함은 직업, 현재 및 과거 병력, 고위험 취미(예. 암벽등반, 패러글라이딩 등), 타사 보험계약가입 여부 등으로 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약 체결 및 보험금 지급에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

* 계약자가 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.

주의

계약 전 알릴 의무를 지키지 않으면 보험금이 지급되지 않을 수 있고, 또한 계약이 해지될 수 있습니다. 이 경우 회사는 납입한 보험료가 아닌 해지환급금을 지급하게 되어 금전적 손실이 발생할 수도 있습니다.

사례 > 계약을 청약하면서 보험설계사 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고 청약서의 계약 전 알릴 사항에는 기재하지 않아 회사가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다며, 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

2 계약의 취소가 가능한 경우가 있습니다.



표준약관 제 18 조(약관교부 및 설명의무 등)

③ 회사가 제 1 항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

해설

- 계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달받지 못한 경우
- 약관의 중요한 계약사항을 설명 받지 못한 경우
- 청약서에 자필서명(전자서명 포함)을 하지 않은 경우

3 계약자는 청약을 철회할 수 있는 권리가 있습니다.



표준약관 제 17 조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90 일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
② 제 1 항에도 불구하고 청약한 날부터 30 일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

해설

- 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- 다만, 전문금융소비자가 체결한 계약 또는 청약을 한 날부터 30 일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

예시

CASE1

청약철회 가능기간			
(4/1) 청약일	(4/12) 보험증권을 받은 날	(4/27) 보험증권을 받은 날 +15 일	(5/1) 청약일 +30 일

CASE2

청약철회 가능기간			
(4/1) 청약일	(4/19) 보험증권을 받은 날	(5/1) 청약일 +30 일	(5/4) 보험증권을 받은 날 +15 일

일반적으로 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 철회할 수 있습니다.

그러나 위 사례에서 (CASE2)의 경우, 보험증권을 받은 날부터 15 일(5/4 일)이 청약을 한 날부터 30 일(5/1 일)을 초과하므로 청약철회 가능기간은 5/1 일까지로 합니다.

4 계약이 무효로 되는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



표준약관 제 19 조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제 44 조의 2에 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. 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제 2 호의 만 15 세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

해설

- 계약이 무효가 되는 경우 보험금을 지급하지 않으며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 계약의 무효사유에 대하여 각 상품별 보험약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.

5 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.



표준약관 제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며(다만, 연금보험의 경우 연금이 지급개시된 이후에는 해지할 수 없습니다), 이 경우 회사는 제 32 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

해설

- 보험은 은행의 저축과는 달리 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비로 사용되므로 종도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

- 6 제 2 회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우(유니버설상품의 경우 해지환급금에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우) 계약이 해지될 수 있습니다.**



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

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

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

해 설

- 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때(유니버설상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우 포함)에는 납입최고(독촉)하고 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지됩니다.
- 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.

예 시

(9/15) 납입기일	(10/31) 다음달 마지막날	(11/1) 계약해지
납입최고(독촉)기간		

납입기일(9/15)까지 보험료를 납입하지 않은 경우 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날이 지난 11/1 일에 계약이 해지됩니다.

갱신형특약의 보험료 납입 관련 유의할 사항

* 갱신형보험은 약관에서 정한 주기로 갱신되고, 갱신시에는 보험나이 증가 및 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 인상 될 수 있습니다.

- 갱신형보험은 계약자가 보험기간 만료일 15 일전까지 갱신하지 않겠다는 별도의 의사표시를 하지 않으면 갱신됩니다.
- 갱신형특약을 가입한 경우, 주보험의 보험료 납입이 완료되었다 하더라도 갱신형특약의 보험기간이 만료되지 않은 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 해당 갱신형특약의 보험료를 계속 납입해야 합니다.
- 갱신일 전에 갱신계약의 보험료를 미리 납입하는 경우, 갱신 이후의 보험료로 납입해야 합니다.

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



표준약관 제 27 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 각 보험상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

해설

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

8 주계약 또는 특약의 보장개시일을 확인하시기 바랍니다.



표준약관 제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제 1 회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제 1 회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

해설

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

보장개시일이 계약일과 다른 경우

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

(CASE1) 정기특약의 경우

보장기간

(4/10) 계약일 = 보장개시일

(CASE2) 암진단특약의 경우

암보장제외기간

암보장기간

(4/10) 계약일

(7/9)암보장개시일

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

02. 보험금 지급에 관한 사례

- 보험금을 지급하는 경우와 지급하지 않는 경우를 알기 쉽게 설명하기 위해 사례를 들어 설명하였습니다.
- 보험금 지급사유에 관해서는 반드시 해당 상품의 세부 약관 내용을 확인해주시기 바랍니다. 기재된 내용 이외의 사실 관계 등에 따라 보험금 지급 여부에 차이가 발생할 수 있습니다.

사례 1 재해의 정의에 관한 사례



야구공에 맞아 안면부 뼈가 골절되었다.



어깨운동 중 무리하여 어깨인대가 파열되었다.

해설

- 약관에서 보상의 대상이 되는 재해는 우발적인 외래의 사고에 한합니다. 외래의 사고란 사고 자체가 외부요인에 의하여 발생된 것을 말합니다.
- 무리한 운동 중 다친 경우는 외부의 요인에 기인한 바가 없는 경우 재해에 해당하지 않습니다.

사례 2 장해의 판정에 대한 사례



길을 걷던 중 교통사고로 발목이 골절되어 운동 장해가 발생하였고 회복이 불가능하다.



길을 걷던 중 교통사고로 발목이 골절되어 운동 장해가 발생하였으나 장래 회복할 가능성이 있다.

해설

- “장해”는 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말합니다. 다만, 질병과 부상의 주 증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않습니다.
- 또한, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시 장해의 장해지급률로 정합니다.

사례 3 보장개시일 이전에 발생한 보험금에 관한 사례



암진단특약의 계약일부터 100일만에 암으로 진단 확정되었다.



암진단특약의 계약일부터 50일만에 암으로 진단 확정되었다.

해설

- 암진단특약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날부터 보장을 개시합니다. 따라서 그 이전에 발병한 경우 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암진단특약과 같이 계약일과 보장개시일이 다른 경우가 있으니, 각 상품별 약관에서 보장개시일을 반드시 확인하시기 바랍니다.

사례 4 계약 전 알릴 의무 위반과 보험사고 발생 간에 인과관계가 있는 사례

- | | |
|---|---|
|  피보험자가 고혈압 관련 병력을
회사에 알리지 않고
그 후 2년 이내에 교통사고로 사망하였다. |  피보험자가 고혈압 관련 병력을
회사에 알리지 않고 그 후 2년 이내에
고혈압으로 인한 뇌출혈로 진단받았다. |
|---|---|

해설

- 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우, 회사는 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

사례 5 보장개시일 이전에 발병한 질병으로 치료받는 경우

- | | |
|---|---|
|  보장개시일 이후에 발생한 디스크로 보험기간 중
치료하였다. |  보장개시일 이전에 발생한 디스크로 보험기간 중
치료하였다. |
|---|---|

해설

- 해당 계약의 보장개시일 이후에 발병한 질병이 약관상 보험금 지급사유에 해당하면 보험금을 지급합니다.
- 보장개시일 이전에 발병한 질병을 원인으로 보장개시일 이후에 치료 받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

사례 6 암직접치료보험금에 관한 사례 I

- | | |
|--|--|
|  위암으로 인해 위를 절제하는 수술을 받았다. |  위암 진단을 위해 생검을 시행받았다. |
|--|--|

해설

- 수술은 약관에 정한 바에 따라 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- 다만, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등]은 수술에서 제외됩니다.

사례 7 암직접치료보험금에 관한 사례 II

- | | |
|--|---|
|  유방암으로 진단받고 치료를 위해
유방절제술을 받았다. |  암수술 후 후유증 치료를 위해 입원하였다. |
|--|---|

해설

- '암의 직접치료'는 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하기 위한 수술을 포함하지만, 암이나 암치료 후 그로 인하여 발생한 후유증을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 경우까지 '암의 직접치료'에 포함되지 않습니다.

03. 주요 민원사항

유형 1 | 해지환급금 부실설명

- 삼성 New 종합건강보험(무배당) 일당백 1 종(무해지환급금형)을 가입한 고객 A는 계약할 때 컨설턴트 B에게 보장내용에 대해서는 설명 들었으나, 납입기간 중 중도해지시 해지환급금이 전혀 발생하지 않는다는 설명을 듣지 못했는데, 5년이나 보험료를 납입했음에도 불구하고 해지할 때 환급금을 전혀 받을 수 없다는 것은 부당함을 주장하며 불만 제기

[유의사항]

해당 상품은 만기환급금이 없는 순수보장성 보험이며, 상품 종류에 따라 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도해지시 해지환급금이 발생할 수 있는 '2 종(유해지환급금형)'과 지급되지 않는 '1 종(무해지환급금형)'으로 구분되어 있습니다. 단, 1 종(무해지환급금형)도 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후 중도해지시에는 일부 해지환급금이 지급됩니다. 이러한 내용은 상품설명서 내 '해지환급금 안내'를 통해 경과기간별 해지환급금을 자세히 예시하고 있으니, 보험가입전 반드시 확인하시고 계약하시기 바랍니다.

유형 2 | 고지위반으로 계약해지 불만

- A 고객은 가입 전 유방에 5mm 정도의 결절이 있다고 진단받은 적이 있으나, 당시 병원에서 건강에 지장이 있는 것은 아니라고 하여 계약당시 고지하지 않음
- 이후 유방암 발병하여 치료 후 보험금 청구하였으나 보험금 심사과정에서 고지위반 사실이 확인되어 보험금 부지급 및 보험계약 해지됨.
- A 고객은 병원에서 이상이 없다고 한 부분을 고지위반으로 판정한 것은 부당함을 주장하며 민원 제기

[유의사항]

보험계약자 또는 피보험자는 반드시 청약서의 '계약 전 알릴 의무사항'에 대하여 사실대로 기재하고, 자필서명(전자서명 포함)을 하여야 합니다. 특히, 보험설계사에게 이야기한 것만으로는 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다. 만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하여 해지환급금을 지급하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 따라서 불이익이 발생하지 않도록 계약 전 알릴 의무를 충실히 이행하여 주시기 바랍니다.

유형 3 | 갱신특약 보험료를 계속 납입해야 한다는 설명을 받지 못함

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

[유의사항]

갱신형 특약의 보험료는 갱신시마다 보험나이 증가 및 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 변동(특히, 인상)될 수 있습니다. 이러한 내용은 보험 가입시 필수 안내사항으로, 상품설명서 등 보험안내장을 통해 예상되는 갱신보험료 인상액을 예시해 드리고 있습니다.(예상 금액이므로 실제 갱신보험료와는 일부 상이할 수 있습니다)
따라서, 보험 가입전 보험설계사에게 문의하여 관련 내용에 대해 꼭 안내받으시기 바랍니다.

[개인신용정보의 수집 · 이용, 조회 및 제공에 관한 고객권리안내문]

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

고객님은 삼성생명이 처리하는 고객님의 개인신용정보와 관련하여 다음의 권리를 가집니다.

개인신용정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의 철회(처리정지권)

- 계약 체결 3 개월 이후부터 개인신용정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의를 철회하실 수 있습니다. 다만, 계약의 유지 · 관리 · 상담, 기타 업무위탁에 따른 동의를 철회하는 경우에는 해당 용역의 제공을 받지 않을 것을 명확히 하여야 합니다.
- 개인신용정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의를 철회하시고자 하는 경우에는 철회의 대상 및 내용 등을 특정하여 회사 대표전화(1588-3114)로 전화 하시거나, 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com) 또는 서면으로 철회의 의사표시를 하여주시기 바라며, 이 경우 회사는 1 개월 이내에 조치를 완료합니다.

상거래 거절 근거 신용정보의 고지 요구

- 금융회사가 신용정보집중기관, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 개인신용정보에 근거하여 상거래관계 설정을 거절하거나 중지한 경우에는 그 거절 · 중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭 · 주소 · 연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

금융상품 소개 등을 위한 제공 · 이용 동의 철회, 연락 중지 요청

- 고객님의 개인신용정보를 새로운 금융상품의 소개 등 영업목적 또는 서비스 제공목적으로 제공 · 이용에 대한 동의를 철회하거나 이러한 목적으로 고객님께 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있습니다.
- 영업목적 이용 동의 철회 또는 연락 중지 청구는 무료 ARS 전화(080-331-3114) 또는 저희 회사 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com) MY 삼성생명에서 직접 처리하실 수 있으며(MY 삼성생명 이용을 위해서는 별도의 신청절차가 필요합니다), 이 경우 회사는 1 개월 이내에 조치를 완료합니다.

제공 사실 통보 요구

- 고객님의 정보를 타인에게 제공한 사실이 있는 경우 고객플라자 방문, 회사 대표전화(1588-3114), 인터넷 홈페이지 이용의 방법으로 본인임을 확인 받아 최근 1년간의 정보 제공에 대하여 제공받는 자, 그 이용목적, 제공한 날짜, 제공한 본인정보의 주요내용 등을 알리도록 요구하거나 인터넷 홈페이지를 통하여 조회할 수 있도록 하여 줄 것을 요구할 수 있습니다.
- 당해 통보 요구가 있는 경우 회사는 7 일 이내에 통보 또는 인터넷으로 조회할 수 있도록 조치합니다.

열람 및 정정 · 삭제 청구

- 고객플라자, 회사 대표전화(1588-3114), 인터넷 홈페이지 이용의 방법으로 본인임을 확인받아 저희 회사가 보유하고 있는 고객님의 정보 열람을 청구할 수 있으며, 이 경우 회사는 서면, 전자문서, 인터넷 홈페이지를 통하여 제공 또는 열람할 수 있도록 조치하여 드립니다.
- 제공 또는 열람한 고객님의 정보가 사실과 다른 경우에는 정정 · 삭제를 요구하실 수 있으며, 이 경우 회사는 정정 · 삭제청구가 정당한 사유가 있다고 인정되면 지체없이 해당 정보의 제공 · 이용을 중단한 후 사실인지를 조사하여 적의 조치한 후 그 처리결과를 7 일 이내에 알려드립니다. 회사의 처리결과에 이의가 있으면 금융위원회에 그 시정을 요청할 수 있습니다.

본인정보의 무료 열람 요구

- 고객은 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

개인정보 유출시 피해 보상

- 삼성생명의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계법령 등에 따라 보상받으실 수 있습니다.

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

· 당사 개인신용 정보관리 · 보호부서 : 02-2259-7007 (서울특별시 서초구 서초대로 74길 11 (삼성전자빌딩))

· 금융감독원 : 국번없이 1332 (서울특별시 영등포구 여의대로 38)

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

보험약관

■ 상품 목차

■ 주계약 약관

■ 상황별 목차

■ 조항별 목차

■ 특약 약관

■ 제도성특약 약관

■ [부록] 약관에서 인용된 법령 내용

■ 상품 목차

주계약

삼성New종합건강보험(무배당)일당백

1

특약

※ 특약은 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

[제1편] 일반사항	33
삼성New종합건강보험(무배당)일당백3대질병생활자금특약II	40
삼성New종합건강보험(무배당)일당백3대질병생활자금특약II(갱신형)	54
삼성New종합건강보험(무배당)일당백재해사망특약II	67
삼성New종합건강보험(무배당)일당백재해장해특약	74
2대질병입원중특정합병증진단특약D(무배당)	81
6대난치성질병진단특약D(무배당)	94
6대난치성질병진단특약N15(갱신형, 무배당)	105
7대주요질병수술보장특약D(무배당)	116
7대주요질병수술보장특약N15(갱신형, 무배당)	129
고혈압(원발성)치료특약D(무배당)	141
급성뇌경색증진단특약D(무배당)	149
급성뇌경색증진단특약N15(갱신형, 무배당)	158
급성심근경색증진단특약 II D(무배당)	167
급성심근경색증진단특약 II N15(갱신형, 무배당)	175
급여3대질병MRI검사비지원특약N15(갱신형, 무배당)	183
급여뇌심특정재활치료특약N5(갱신형, 무배당)	193
급여암특정재활치료특약N5(갱신형, 무배당)	207
급여암특정통증완화치료특약N15(갱신형, 무배당)	222
급여양전자단층촬영(PET)검사비지원특약N15(갱신형, 무배당)	233
깁스치료(부목제외)특약N15(갱신형, 무배당)	240
깁스치료(부목제외)특약 II D(무배당)	246
남성특정수술보장특약D(무배당)	252
남성특정수술보장특약N15(갱신형, 무배당)	260
뇌심질환수술보장특약D(무배당)	270
뇌심질환수술보장특약N15(갱신형, 무배당)	281
뇌졸중진단특약D(무배당)	291
뇌졸중진단특약N15(갱신형, 무배당)	300
뇌출혈진단특약 II D(무배당)	308
뇌출혈진단특약 II N15(갱신형, 무배당)	315
뇌혈관질환입원특약D(무배당)	322
뇌혈관질환입원특약N15(갱신형, 무배당)	330

뇌혈관질환진단특약D(무배당)	338
뇌혈관질환진단특약N15(갱신형,무배당)	346
당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약D(무배당)	354
당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약N15(갱신형,무배당)	363
당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약D(무배당)	371
당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약N15(갱신형,무배당)	380
당뇨엔두배받는급성심근경색증진단특약D(무배당)	388
당뇨엔두배받는뇌출혈진단특약D(무배당)	399
당뇨엔두배받는말기신부전증진단특약D(무배당)	409
당뇨엔두배받는암진단특약D(무배당)	419
두번째급성심근경색증진단특약D(무배당)	432
두번째뇌출혈진단특약D(무배당)	441
만성간·폐·신장질환(중등도이상)진단특약D(무배당)	450
만성간·폐·신장질환(중등도이상)진단특약N15(갱신형,무배당)	463
소액질병보장특약VD(무배당)	475
소액질병보장특약VIN15(갱신형,무배당)	489
신수술보장특약N(갱신형,무배당)	503
신수술보장특약IIN(갱신형,무배당)	535
신입원특약D(무배당)	567
신입원특약N15(갱신형,무배당)	575
심방세동및조동진단특약D(무배당)	583
암수술보장특약D(무배당)	591
암수술보장특약N15(갱신형,무배당)	608
암직접치료(요양병원제외)입원특약D(무배당)	624
암직접치료(요양병원제외)입원특약N15(갱신형,무배당)	641
암직접치료통원특약D(무배당)	657
암직접치료통원특약N15(갱신형,무배당)	672
암진단특약IVD(무배당)	686
암진단특약IVN15(갱신형,무배당)	700
암추가보장특약IID(무배당)	713
암추가보장특약IIN15(갱신형,무배당)	723
여성특정수술보장특약D(무배당)	733
여성특정수술보장특약N15(갱신형,무배당)	741
요양병원암입원특약N(갱신형,무배당)	751
응급의료아나필락시스쇼크진단특약N(갱신형,무배당)	767
일과성뇌허혈발작진단특약D(무배당)	774
재진단암보장특약D(무배당)	782

재진단암보장특약ⅡD15(갱신형,무배당)	796
재해추상골절(치아파절제외)치료비특약ⅢD(무배당)	811
재해추상골절(치아파절제외)치료비특약ⅢN15(갱신형,무배당)	821
정기특약(무배당)	831
중대질병수술보장특약D(무배당)	838
중대질병수술보장특약N15(갱신형,무배당)	847
중화상보장특약D(무배당)	857
증환자실입원특약D(무배당)	862
증환자실입원특약N15(갱신형,무배당)	871
질병·재해수술보장특약ⅡD(무배당)	880
질병·재해수술보장특약ⅡN15(갱신형,무배당)	890
크론병진단특약D(무배당)	899
크론병진단특약N15(갱신형,무배당)	905
특정류마티스관절염진단특약D(무배당)	913
특정류마티스관절염진단특약N15(갱신형,무배당)	921
특정소액질병보장특약D(무배당)	929
특정소액질병보장특약N15(갱신형,무배당)	941
특정외상성뇌손상진단특약D(무배당)	953
특정외상성뇌출혈진단특약D(무배당)	961
특정항암호르몬약물허가치료특약N5(갱신형,무배당)	968
특정허혈심장질환진단특약ⅡD(무배당)	983
특정허혈심장질환진단특약ⅡN15(갱신형,무배당)	991
표적항암약물허가치료특약N5(갱신형,무배당)	999
항암방사선·약물치료특약ⅢD(무배당)	1020
항암방사선·약물치료특약ⅧN15(갱신형,무배당)	1034
항암세기조절방사선치료특약N5(갱신형,무배당)	1050
항암양성자방사선치료특약N5(갱신형,무배당)	1063
허혈심장질환입원특약D(무배당)	1076
허혈심장질환입원특약N15(갱신형,무배당)	1084
허혈심장질환진단특약D(무배당)	1092
허혈심장질환진단특약N15(갱신형,무배당)	1100
혈전용해치료보장특약N15(갱신형,무배당)	1108
(유첨1)재해분류표	1117
(유첨2)장해분류표	1119
(유첨3)보험금을지급할때의적립이율계산	1135

제도성특약

고지우량체할인특약(무배당)	1136
슈퍼우량체할인특약(무배당)	1139
이륜자동차및원동기장치자전거운전탑승부담보특약	1142
지정대리청구서비스특약	1144
특별조건부특약	1146
특정신체부위 · 질병보장제한부인수특약	1151
장애인전용보험전환특약	1158

부록

[부록]약관에서인용된법령내용(보장성보험용)	1161
-------------------------	------

■ 주계약 약관

삼성

New 종합건강보험(무배당) 일당백

약관

■ 상황별 목차

다음과 같은 상황이 발생하였을 경우, 필요한 정보를 해당 약관 조항에서 확인하실 수 있습니다.

[조항번호는 주계약 약관 기준]

계약의 체결에 관하여	계약에서 쓰이는 용어를 알고 싶어요 청약을 철회하고 싶어요 계약 전 알릴 의무가 무엇인가요 보장이 언제 시작되나요	· 제2조(용어의 정의) · 제17조(청약의 철회) · 제13조(계약 전 알릴 의무) · 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) · 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
보험료의 납입에 관하여	보험료 납입면제사유를 알고 싶어요 납입최고(독촉)이 무엇인가요 보험을 부활시키고 싶어요	· 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) · 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) · 제27조(보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복))
보험금에 관하여	보험의 보장내용을 알고 싶어요 보험금은 청구하면 언제 지급되나요 보험금은 누구에게 지급되나요	· 제3조(보험금의 지급사유) · 제8조(보험금의 지급절차) · 제11조(보험수익자의 지정)
계약의 변경에 관하여	보험수익자를 변경하고 싶어요, 보험가입금액을 감액하고 싶어요 주소 또는 연락처가 바뀌었어요 계약을 해지하고 싶어요 보험나이는 어떻게 계산하나요	· 제20조(계약내용의 변경 등) · 제10조(주소변경통지) · 제29조(계약자의 임의해지) · 제21조(보험나이)

■ 조항별 목차

제1관 목적 및 용어의 정의			
제1조 [목적]	5	제18조 [약관 교부 및 설명의무 등]	15
제2조 [용어의 정의]	5	제19조 [계약의 무효]	15
제2조의2 [“임”등의 정의 및 진단 확정]	6	제20조 [계약내용의 변경 등]	16
[유의사항]	6	제21조 [보험나이]	16
제2조의3 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]	7	제22조 [계약의 소멸]	17
제2조의4 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]	7		
제2조의5 [“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정]	8	제5관 보험료의 납입	
제2조의6 [“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정]	8	제23조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]	17
제2조의7 [“암보장개시일”의 정의]	8	제24조 [제2회 이후 보험료의 납입]	18
		제25조 [보험료의 자동대출납입]	18
		제26조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]	18
제2관 보험금의 지급			
제3조 [보험금의 지급사유]	9	제27조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]	19
제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]	9	제28조 [강제집행 등으로 인해 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]	19
제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]	10		
제6조 [보험금 지급사유의 발생통지]	11		
제7조 [보험금의 청구]	11		
제8조 [보험금의 지급절차]	11	제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등	
제9조 [보험금 받는 방법의 변경]	12	제29조 [계약자의 임의해지]	20
제10조 [주소변경통지]	12	제29조의2 [위법계약의 해지]	20
제11조 [보험수익자의 지정]	12	제30조 [증대사유로 인한 해지]	20
제12조 [대표자의 지정]	12	제31조 [회사의 파산선고와 해지]	20
		제32조 [해지환급금]	20
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등		제33조 [보험계약대출]	22
제13조 [계약 전 알릴 의무]	12	제34조 [배당금의 지급]	22
제14조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]	13		
제15조 [사기에 의한 계약]	13	제7관 분쟁의 조정 등	
		제35조 [분쟁의 조정]	22
제4관 보험계약의 성립과 유지		제36조 [관할법원]	22
제16조 [보험계약의 성립]	14	제37조 [소멸시효]	22
제17조 [청약의 철회]	14	제38조 [약관의 해석]	22

제39조 [설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력]	23
제40조 [회사의 손해배상책임]	23
제41조 [개인정보보호]	23
제42조 [준거법]	23
제43조 [예금보험에 의한 지급보장]	23

(별표1) 보험금 지급기준표	24
(별표2) 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)	25
(별표3) 유방의 악성신생물 분류표	27
(별표4) 자궁의 악성신생물 분류표	28
(별표5) 전립선의 악성신생물 분류표	29
(별표6) 뇌출혈 분류표	30
(별표7) 급성심근경색증 분류표	31
(별표8) 재해분류표	32
(별표9) 장해분류표	32
(별표10) 보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산	32

삼성

New 종합건강보험(무배당) 일당백 약관

- ※ 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형) 모두 이 약관을 적용합니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.

제 1 관 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.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: (별표8) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해: (별표9) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입 금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

설명

<연단위 복리 예시>

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

$$\cdot 1\text{년차 이자} = \frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$$

$$\cdot 2\text{년차 이자} = \frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금}} \times 10\% = 11\text{원}$$

$$\rightarrow 2\text{년 시점의 총 이자금액} = 10\text{원} + 11\text{원} = 21\text{원}$$

- 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

- 다. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
- 다. 연계약해당일: 계약일부터 1년마다 돌아오는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- 라. 보험료 납입기간: 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2조의2 [“암”등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[악성신생물분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
- 가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 다. 제2조의3(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암
 - 라. 제2조의4(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암
 - 마. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

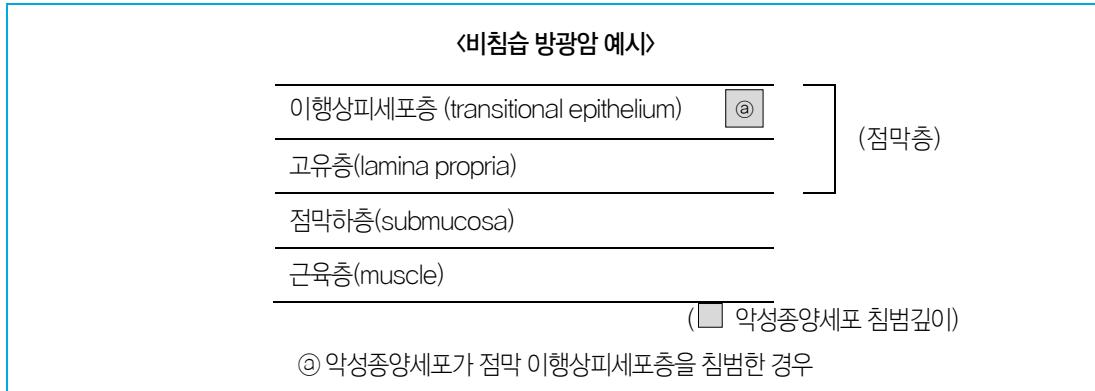
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ② 이 계약에 있어서 “유방암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표3(유방의 악성신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “자궁암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표4(자궁의 악성신생물 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “전립선암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표5(전립선의 악성신생물 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 계약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2조의3(“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑧ 이 계약에 있어서 “대장점막내암”은 제2조의4(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑨ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자

가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의3 [“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정]

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

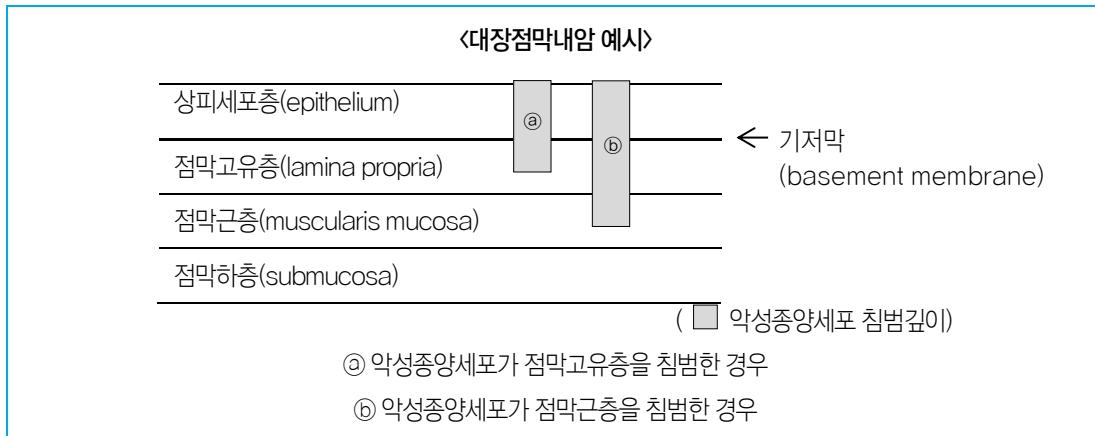


② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의4 [“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정]

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



② “대장점막내암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따

른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의5 [“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정]

① 이 계약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② “뇌출혈”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층 촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 계약의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음이 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌출혈”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조의6 [“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정]

① 이 계약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표7(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② “급성심근경색증”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 계약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음이 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어	<심전도 검사>
해설	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. <관상동맥촬영술> 관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다. <심장 효소 검사> 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.

제2조의7 [“암보장개시일”의 정의]

제2조의2(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약일[계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하

며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

〈암보장개시일 예시〉

계약일[부활(효력회복)일]

90일(암보장 제외기간)

암보장개시일

4월 10일

7월 9일

다만, “뇌출혈” 및 “급성심근경색증”의 경우 보장개시일은 계약일[계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

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

1. 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정 되었을 경우: 암진단보험금(단, 최초 1회에 한하며, 자궁암은 피보험자가 여성인 경우에 한하고 전립선암은 피보험자가 남성인 경우에 한함)
2. 피보험자가 보험기간 중 “뇌출혈”로 진단 확정 되었을 경우: 뇌출혈진단보험금(단, 최초 1회에 한함)
3. 피보험자가 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 확정 되었을 경우: 급성심근경색증진단보험금(단, 최초 1회에 한함)

(이하 “암진단보험금”, “뇌출혈진단보험금”, “급성심근경색증진단보험금”을 합하여 “진단보험금”이라 합니다)

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

▶ 다음은 보험료 납입 면제 사유에 관한 설명입니다.

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표9 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때 또는 제3조(보험금의 지급사유) 중 어느 하나에 해당하는 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

▶ 다음은 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 관련 특이 사항에 관한 설명입니다.

② 피보험자가 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정 되는 경우에는 암진단보험금을 지급하지 않으며, 제3조(보험금 지급사유) 제1호에 해당하는 보험금 지급사유로 인한 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 또한 피보험자가 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정 되었으나, 제4항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 암보장개시일 이후 “암”으로 진단 확정 되더라도 그 암이 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 “암”으로 인한 경우(암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함)에 회사는 암진단보험금을 지급하지 않으며 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지난 이후에는 제1항에 따라 보험료의 납입을 면제하며, 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보장하여 드립니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 「“유방암”, “자궁암” 또는 “전립선암”」으로 진단 확정된 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 연계약해당일 전일까지를 말합니다.

④ 계약자는 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 암으로 진단 확정 된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일

이내에 계약을 취소할 수 있으며 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 여기서 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, "감액으로 회사가 실제 지급한 금액"을 차감한 금액입니다.

⑤ 피보험자가 이 계약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 "암", "뇌출혈", "급성심근경색증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자가 이 계약의 보험기간 중 사망하여 제22조(계약의 소멸) 제1항 제1호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액에 "해당 진단보험금 지급사유 발생 후 책임준비금"이 있는 경우 해당 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

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

⑦ 이 계약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

▶ 다음은 장해지급률에 관한 설명입니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표9 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

⑩ 제8항 및 제9항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장 받을 수 있는 기간"은 계약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표9 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표9 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표9 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표9 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 장해분류표(별표9 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표9 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

▶ 다음은 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제의 합의에 관한 설명입니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 [보험금 지급사유의 발생통지]

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

제7조 [보험금의 청구]

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

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

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

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

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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 10(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

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

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제15항 및 제16항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

- 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) 및 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 계약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제10조 [주소변경통지]

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

제11조 [보험수익자의 지정]

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제12조 [대표자의 지정]

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

용어	〈연대(連帶)〉
해설	2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강 진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지 의무"와 같습니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사

본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제14조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

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

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때. 단, 진단계약의 경우 질병에 대하여는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1년이 지났을 때.
4. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
5. 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)
6. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

설명

계약을 청약하면서 보험설계사 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고 청약서의 계약 전 알릴 사항에 는 기재 하지 않아 회사가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다면, 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약해지 등의 원인)이 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 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

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.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 여기서 “이미 납입한 보험료”는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, “감액으로 회사가 실제 지급한 금액”을 차감한 금액입니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조 [보험계약의 성립]

- ① 계약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 「평균공시이율 + 1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 「청약일부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제27조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조 [청약의 철회]

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다. 다만, 전문금융소비자(단체보험계약자, 주권상장법인 제외)가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

용어	<전문금융소비자>
해설	보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.
	<일반금융소비자> 전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(단, 전화를 통해 가입하는 계약 중 계약자의 나이가 만65세 이상인 계약은 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회 의사를 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.
- 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 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- 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 [약관 교부 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 자체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

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

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 정약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인 내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

용어 <통신판매계약>

해설 전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

여기서 “자필서명”은 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 종족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 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

용어 <법정상속인>

해설 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 여기서 “이미 납입한 보험료”는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, “감액으로 회사가 실제 지급한 금액”을 차감한 금액입니다.

제19조 [계약의 무효]

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 여기서 “이미 납입한 보험료”는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, “감액으로 회사가 실제 지급한 금액”을 차감한 금액입니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약

대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조 [계약내용의 변경 등]

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)은 제한되며, 2종(유해지환급금형)의 경우 감액완납보험으로의 변경은 제한됩니다.

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

용어

<감액완납보험>

해설

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

설명

계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조 [보험나이]

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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

③ 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 여기서 "신분증"이란 주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증을 말합니다.

④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전후의 책임준비금 또는 해지환급금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

<p>설명</p> <p>〈보험나이〉 보험나이란 보험료 산정의 기준이 되는 나이로서 피보험자의 출생일부터 계약일까지의 기간을 기준으로 합니다. 실제 만 나이는 보험나이와 다를 수 있습니다.</p> <p>〈보험나이 계산 예시〉 생년월일 : 1974년 9월 18일</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">예1) 계약일:</td><td>2020년 1월 18일</td><td style="width: 50%;">예2) 계약일:</td><td>2020년 6월 20일</td></tr> <tr> <td></td><td>2020년 1월 18일</td><td></td><td>2020년 6월 20일</td></tr> <tr> <td></td><td>- 1974년 9월 18일</td><td></td><td>- 1974년 9월 18일</td></tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr> <td colspan="2">만 45년 4월 0일</td><td colspan="2">만 45년 9월 2일</td></tr> <tr> <td colspan="2">→ 보험나이 45세</td><td colspan="2">→ 보험나이 46세</td></tr> </table>	예1) 계약일:	2020년 1월 18일	예2) 계약일:	2020년 6월 20일		2020년 1월 18일		2020년 6월 20일		- 1974년 9월 18일		- 1974년 9월 18일	<hr/>		<hr/>		만 45년 4월 0일		만 45년 9월 2일		→ 보험나이 45세		→ 보험나이 46세				
예1) 계약일:	2020년 1월 18일	예2) 계약일:	2020년 6월 20일																								
	2020년 1월 18일		2020년 6월 20일																								
	- 1974년 9월 18일		- 1974년 9월 18일																								
<hr/>		<hr/>																									
만 45년 4월 0일		만 45년 9월 2일																									
→ 보험나이 45세		→ 보험나이 46세																									

제22조 [계약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

<p>용어 해설</p> <p>〈산출방법서〉 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"로서 이 보험의 보험료, 책임준비금, 해지환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산 한 방법을 기재한 기초서류를 말하며, 이하 같습니다.</p> <p>〈책임준비금〉 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.</p>
--

2. 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 제1호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

<p>용어 해설</p> <p>〈실종선고〉 어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도</p>

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

③ 제1항 제1호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 5 관 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.

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

2. 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 단, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 이 때, 초과 청약액에 해당하는 보험료는 돌려 드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조의2("암"등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"보장에 대한 보장개시일은 제2조의7("암보장개시일"의 정의)에서 정한 암보장개시일로 합니다.

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.

용어	〈납입기일〉
해설	계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25조 [보험료의 자동대출납입]

이 계약은 보험료의 자동대출납입을 적용하지 않습니다.

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(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

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

② 회사가 제1항에 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 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

용어

〈납입최고(독촉)〉

해설

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

제27조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]

① 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 여기서 "해지환급금을 받지 않은 경우"는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다.

회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제2항에서 제4항 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

③ 제1항에 따라 계약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약을 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

용어

〈부활(효력회복)〉

해설

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

제28조 [강제집행 등으로 인해 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

용어

〈강제집행〉

해설

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 변제받는 절차

〈국세 및 지방세 체납처분절차〉

납세자가 국세 및 지방세를 납부 기한까지 납부하지 않는 경우에 국세징수법 또는 지방세징수법에 따라 행하는 압류 및 공매 처분 등 절차

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터

15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제29조 [계약자의 임의해지]

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조의2 [위법계약의 해지]

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(해지환급금) 제4항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제30조 [중대사유로 인한 해지]

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

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

설명

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

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 보험수익자가 2명 이상인 경우, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자 외에 다른 수익자에게는 그 수익자 몫에 해당하는 보험금의 일부를 지급하고, 계약자에게는 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자가 받을 수 있었던 보험금에 해당하는 해지환급금을 지급합니다.

제31조 [회사의 파산선고와 해지]

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제32조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우(계약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지		0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지		10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지		20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지		30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지		40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후		50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>		
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%

- ③ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표10(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- ④ 제29조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의 사항	<p>1. 이 계약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.</p> <p>2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.</p>
-------	---

제33조 [보험계약대출]

이 계약은 보험계약대출을 운용하지 않습니다.

제34조 [배당금의 지급]

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제35조 [분쟁의 조정]

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁 사건에 대하여 조정 절차가 개시된 경우에는 관계법령이 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, 해지환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

설명	<p>〈소멸시효〉</p> <p>보험금 등의 지급사유가 2015년 1월 2일에 발생하였음에도 2018년 1월 2일까지 보험금 등을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.</p>
----	---

제38조 [약관의 해석]

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 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, 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다. 여기서 “서명”은 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사 간에 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 관계법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

용어 <현저하게 공정을 잃은 합의>

해설 회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제41조 [개인정보보호]

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제42조 [준거법]

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에 정하지 않은 사항은 「금융소비자보호에 관한 법률」, 상법, 민법 등 관계법령을 따릅니다.

제43조 [예금보험에 의한 지급보장]

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

용어 <예금자보호법>

해설 금융기관이 파산 등의 사유로 예금 등을 지급할 수 없는 상황에 대처하기 위하여 예금보험제도 등을 효율적으로 운영함으로써 예금자 등을 보호하고 금융제도의 안정성을 유지하는 데 이바지하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

별표1

보험금 지급기준표

□ 진단보험금

(1) 암진단보험금(약관 제3조 제1호)

암진단 보험금 (단, 최초 1회에 한함)	지급 사유	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「유방암», 「자궁암」 또는 「전립선암」으로 진단 확정 되었을 경우 (단, 자궁암은 피보험자가 여성인 경우에 한하고 전립선암은 피보험자가 남성인 경우에 한함)
	지급 금액	계약일부터 1년 초과 : 보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 보험가입금액의 50%
	지급 사유	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「유방암», 「자궁암」 또는 「전립선암」 이외의 암으로 진단 확정 되었을 경우
	지급 금액	보험가입금액의 100%

(2) 뇌출혈진단보험금(약관 제3조 제2호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 뇌출혈로 진단 확정 되었을 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급 금액	보험가입금액의 100%

(3) 급성심근경색증진단보험금(약관 제3조 제3호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 확정 되었을 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급 금액	보험가입금액의 100%

- (주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일부터 1년 이내란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
2. 이 계약의 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[악성신생물분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장 점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다.

별표2

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

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
	<p>2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원</p>

발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3. '요로의 악성신생물(C64~C68)'의 경우 이 계약 제2조의3("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
4. '소화기관의 악성신생물(C15~C26)'의 경우 이 계약 제2조의4("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단시점에 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표3

유방의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
유방의 악성신생물	C50

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명
<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명
진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표4

자궁의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “자궁의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 자궁경부의 악성신생물	C53
2. 자궁체부의 악성신생물	C54
3. 자궁의 상세불명 부분의 악성신생물	C55

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “자궁의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 자침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.	

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “자궁의 악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “자궁의 악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	--

별표5

전립선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
전립선의 악성신생물	C61

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

별표6

뇌출혈 분류표

① 약관에 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 거미막하 출혈	60
· 뇌내출혈	61
· 기타 비외상성 두개내출혈	62

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 봅니다.

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표7

급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 혈전 협병증	I23

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

별표8 재해분류표
[유첨1] 재해분류표와 동일

별표9 장해분류표
[유첨2] 장해분류표와 동일

별표10 보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구 분	적립 기간	적립 이율
진단보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제32조 제1항 및 제4항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(제37조)가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기
 간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율
 을 적용하지 않습니다.

특약 약관의 구성

※ 특약 약관은 “제 1 편 일반사항”과 “제 2 편 개별사항”으로 구성됩니다. 따라서, 약관 해석 시에

“제 1 편 일반사항”的 내용과 “제 2 편 개별사항”的 내용을 함께 고려하여야 합니다.

※ “제 1 편 일반사항”的 내용과 “제 2 편 개별사항”的 내용은 서로 대등하고 보완적 효력을 가지는
것이 원칙입니다. 다만, 양자의 내용이 서로 다른 경우에는 “제 2 편 개별사항”的 내용이
“제 1 편 일반사항”的 내용에 우선하여 적용됩니다.

▣ 제1편 일반사항 특약별로 공통적으로 적용되는 사항으로 「용어, 보험금 청구절차,
고지의무 등」 일반적인 내용에 대하여 다루고 있습니다.

▣ 제2편 개별사항 각 특약별로 개별적으로 적용되는 사항으로 「보험금 지급사유, 면책사유,
납입면제 등」 각 특약에 해당되는 내용에 대하여 다루고 있습니다.

※ “제 1 편 일반사항”은 각 특약에 공통으로 적용되는 내용으로
약관 구성 시 아래와 같이 구성되어 있습니다.

특약 약관 구성 예시

“제 1 편 일반사항”

+ 암진단특약 약관 “제 2 편 개별사항”

+ 뇌출혈진단특약 약관 “제 2 편 개별사항”

[특약 약관] 제1편 일반사항

제1편 일반사항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1-1조 [목적]

- ① 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.
- ② 특약 약관은 “제1편 일반사항”과 “제2편 개별사항”으로 구성됩니다.
- ③ “제2편 개별사항”의 내용과 “제1편 일반사항” 제1-2조(용어의 정의)부터 제1-15조(증대사유로 인한 해지)에서 정한 내용이 다른 경우에는 “제2편 개별사항”의 내용을 “제1편 일반사항”에 우선하여 적용합니다.

제1-2조 [용어의 정의]

특약 약관에서 사용되는 용어의 정의는 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 재해: (유첨1) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장해: (유첨2) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
4. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 특약 체결 시점[갱신형 특약의 경우 최초계약 체결 시점(갱신 계약의 경우 갱신 시점)]의 평균공시이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
5. 특약의 갱신 관련
가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제2-10조의2(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

용어
해설

〈갱신형 특약〉

일정주기로 위험률의 변경, 보험나이의 증가 등이 반영되어 계약이 갱신되는 특약을 말하며, 특약 명칭에 “갱신형”이라고 명기되어 있습니다.

제2관 보험금 등의 청구 및 지급절차

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

② 계약자와 회사가 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제1-4조 [보험금 등의 청구]

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[회사가 보험사고별로 요청하는 서류로 제2-7조(사고증명서)에서 정합니다]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

제1-5조 [보험금 지급 등의 절차]

① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 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 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제4항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 관련 제3자 의견 청취)에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-7조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제2항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑤ 회사는 제4항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제1-6조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다.

다만, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제1-7조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제1-6조(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 어느 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

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 지났을 때
 3. 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때. 단, 진단특약의 경우 질병에 대하여는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1년이 지났을 때
 4. 특약을 체결한 날(갱신형 특약의 경우 최초계약을 체결한 날)부터 3년이 지났을 때
 5. 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)
 6. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리 결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제1-6조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

[▼ 아래 제6항은 갱신형 특약에 한하여 적용합니다]

⑥ 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복) 특약을 최초계약으로 봅니다].

제1-8조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제1~9조 [특약의 체결]

- ① 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 산정, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 「평균공시이율+1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일(갱신형 특약의 경우 최초계약의 청약일)부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제1~12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제1~13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제1~10조 [특약의 무효]

- ① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다.
- ② 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약 대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5관 보험료 납입

제1~11조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 특약의 보험료 납입기간은 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- ② 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제1~12조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 특약의 보험료 납입이 완료되거나 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 특약을 해지하지 않습니다.

여기서, “해지환급금을 받지 않은 경우”는 해지환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다.

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

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

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

④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 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 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제2~14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

[▼ 아래 제6항은 갱신형 특약에 한하여 적용합니다]

⑥ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제1~13조 [보험료의 납입연체로 인해 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 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 제1~12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)

2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우 (주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 단, 제2편 개별사항에서 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일을 달리 정한 경우에는 해당 규정에 따릅니다.

⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제1~6조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제1~7조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6관 계약의 해지

제1-14조 [위법계약의 해지]

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 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.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제3항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제1-15조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 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.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 보험수익자가 2명 이상인 경우, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자 외에 다른 수익자에게는 그 수익자 둘에 해당하는 보험금의 일부를 지급하고, 계약자에게는 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자가 받을 수 있었던 보험금에 해당하는 해지환급금을 지급합니다.

삼성 New 종합건강보험(무배당) 일당백 3대질병생활자금특약II 약관

- ※ 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형) 모두 이 약관을 적용합니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.
※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

1. 보험료 납입기간 : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.
2. 3대질병생활자금 연지급사유 해당일

제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 “3대질병생활자금 지급사유 발생일”을 최초로 하여 매년 돌아오는 3대질병생활자금 지급사유 발생해당일을 말하며, 해당 연도에 “3대질병생활자금 연지급사유 해당일”이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 “3대질병생활자금 연지급사유 해당일”로 봅니다.

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 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[악성신생물 분류표(유방암, 자궁암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

- 가. 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 나. 분류번호 「C53(자궁경부의 악성신생물), C54(자궁체부의 악성신생물) 및 C55(자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물)」(이하 ‘자궁암’이라 합니다)에 해당하는 질병
- 다. 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 라. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병

- 마. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 바. 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암
 사. 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암
 아. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

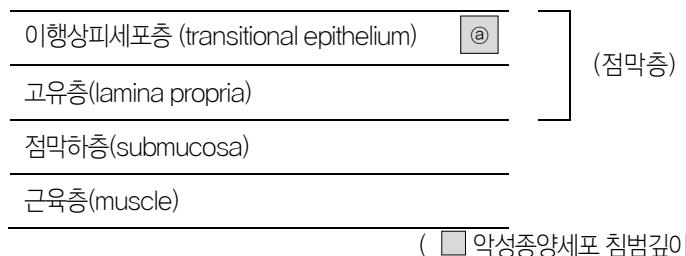
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② “암”的 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

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

<비침습 방광암 예시>



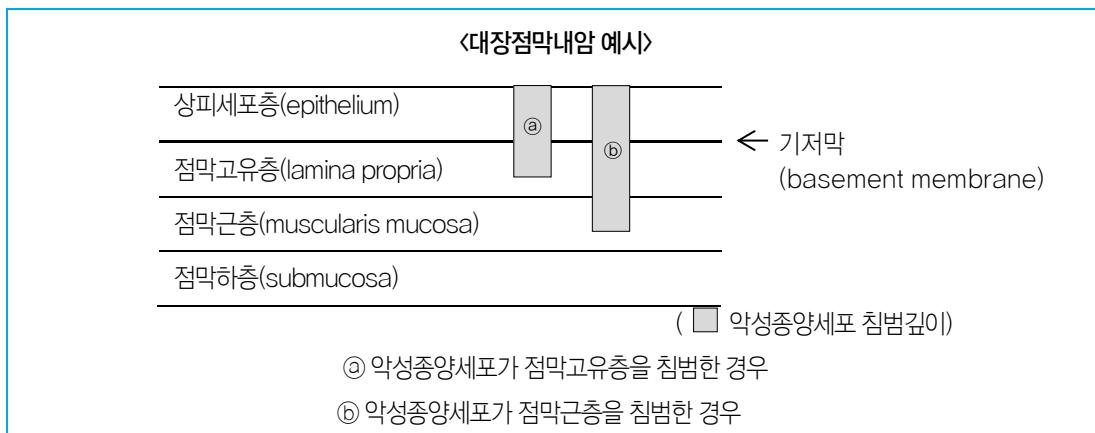
③ 암성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

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

③ “비침습 방광암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

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



② “대장점막내암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② “뇌출혈”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌출혈”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의7 [“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “급성심근경색증”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우

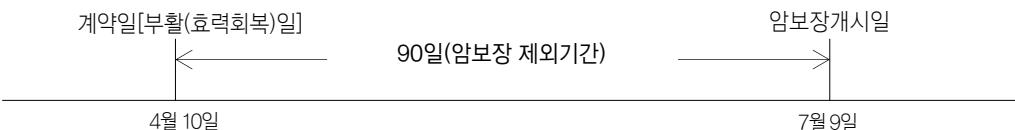
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어	<심전도 검사>
해설	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.
	<관상동맥촬영술>
	관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
	<심장 효소 검사>
	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.

제2-1조의8 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



다만, “뇌출혈” 및 “급성심근경색증”의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. 다음 각 호의 “3대질병생활자금(확정지급형)”, “3대질병생활자금(생존지급형)”을 합하여 “3대질병생활자금”이라 합니다.

1. 3대질병생활자금(확정지급형) : 피보험자가 「“암보장개시일 이후에 암”, “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”」으로 진단 확정되었을 경우, 그 진단 확정일(이하 “3대질병생활자금 지급사유 발생일”이라 합니다)을 최초로 하여 5년동안(5회) 매년 3대질병생활자금 연지급사유 해당일에 확정지급합니다. (단, 「“암보장개시일 이후에 암”, “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”」 중 최초 1회의 진단확정에 한합니다.)
2. 3대질병생활자금(생존지급형) : 피보험자가 「“암보장개시일 이후에 암”, “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”」으로 진

단 확정되고, 「3대질병생활자금 지급사유 발생일로부터 5년이 되는 3대질병생활자금 연지급사유 해당일」을 최초로 하여 매년 3대질병생활자금 연지급사유 해당일에 살아있을 경우 지급합니다. (단, 「“암보장개시일 이후에 암”, “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”」 중 최초 1회의 진단확정에 한하며, 매년 3대질병생활자금 연지급사유 해당일에 5년(5회)을 최고 한도로 지급합니다.)

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 계약자는 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정 된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할 수 있으며 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다.
- ② 피보험자가 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정 되는 경우에는 3대질병생활자금을 지급하지 않습니다. 또한 피보험자가 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정 되었으나, 제1항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 암보장개시일 이후 “암”으로 진단 확정 되더라도 그 암이 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 “암”으로 인한 경우(암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함)에 회사는 3대질병생활자금을 지급하지 않습니다. 다만, 청약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “암”, “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 회사는 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 제2회 이후 “3대질병생활자금”的 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를

한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 장해진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

① 이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 보험수익자는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 지급되지 않은 3대질병생활자금(확정지급형)의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 3대질병생활자금(확정지급형)을 일시에 지급하는 경우에 한해 “평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “적용이율(보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다)을 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급

합니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [“특약의 체결”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제 1~9 조(특약의 체결) 제 5 항에도 불구하고, 제 2~3 조(보험금 지급 관련 세부사항) 제 2 항에 해당하는 경우에는 보장하지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한됩니다. 또한, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)은 제한되며, 2종(유해지환급금형)의 경우 감액완납보험으로의 변경은 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 3대질병생활자금(확정지급형)의 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약의 보험가입금액 감액은 제한됩니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다) 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 피보험자가 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 3대질병생활자금(확정지급형)의 지급사유가 발

생하기 전에 사망한 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약에서 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1 종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2 종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명

- 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

- 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지 2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지 2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지 2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지 2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후 2040년 1월 1일 이후	50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항

1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.

2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

(1) 3대질병생활자금(확정지급형)(약관 제2-2조 제1호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「암보장개시일 이후에 암」, 「뇌출혈」 또는 「급성심근경색증」으로 진단 확정되었을 경우 (「암보장개시일 이후에 암」, 「뇌출혈」 또는 「급성심근경색증」 중 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급)
지급금액	- 매년 특약보험가입금액의 20% (단, 3대질병생활자금 지급사유 발생일을 최초로 하여 5년동안(5회) 매년 3대질병생활자금 연지급사유 해당일에 확정지급)

(2) 3대질병생활자금(생존지급형)(약관 제2-2조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「암보장개시일 이후에 암」, 「뇌출혈」 또는 「급성심근경색증」으로 진단 확정되고, 「3대질병생활자금 지급사유 발생일로부터 5년이 되는 3대질병생활자금 연지급사유 해당일」을 최초로 하여 매년 3대질병생활자금 연지급사유 해당일에 살아있을 경우 (「암보장개시일 이후에 암」, 「뇌출혈」 또는 「급성심근경색증」 중 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급)
지급금액	- 매년 특약보험가입금액의 10% (단, 「3대질병생활자금 지급사유 발생일로부터 5년이 되는 3대질병생활자금 연지급사유 해당일」을 최초로 하여 매년 3대질병생활자금 연지급사유 해당일에 지급, 5년(5회)을 최고한도로 함)

별표2

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

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 여성 생식기관의 악성신생물(단, 자궁암 제외)	C51-C52, C56-C58
8. 음경의 악성신생물	C60
9. 고환의 악성 신생물	C62
10. 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성신생물	C63
11. 요로의 악성신생물	C64-C68
12. 눈, 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69-C72
13. 부신의 악성신생물	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명부위의 악성신생물	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원

발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3. '요로의 악성신생물(C64~C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의4("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
4. '소화기관의 악성신생물(C15~C26)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

별표3 뇌출혈 분류표

주계약 약관의 해당분류표와 동일

별표4 급성심근경색증 분류표

주계약 약관의 해당분류표와 동일

별표5

보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구 분	적립 기간	적립 이율	
제1회 3대질병생활자금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율	
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)	
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)	
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)	
제2회 이후 3대질병생활자금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지 의 기간	보험기간 만기일(단, 효력 이 없어 된 경우에는 효력 이 없어 된 날) 이내 보험기간 만기일(단, 효력 이 없어 된 경우에는 효력 이 없어 된 날)의 다음 날 이후	평균공시이율 1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	
	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기 간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%	
해지환급금	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

- (주) 1. “3대질병생활자금” 지급사유가 발생한 경우에는 약관 제2-1조의2(특약의 보험기간)에도 불구하고 “3대질병생활자금”의 최종 연지급사유 해당일을 상기의 “보험기간 만기일”로 합니다. 단, 피보험자가 사망한 경우에는 사망일을 “보험기간 만기일”로 합니다.
2. 제2회 이후 3대질병생활자금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않을 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
3. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
4. 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.
5. 가산이율 적용 시 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

삼성 New 종합건강보험(무배당) 일당백 3대질병생활자금특약II (갱신형) 약관

※ 이 특약의 갱신주기는 15년으로 합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

3대질병생활자금 연지급사유 해당일: 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 “3대질병생활자금 지급사유 발생일”을 최초로 하여 매년 돌아오는 3대질병생활자금 지급사유 발생해당일을 말하며, 해당 연도에 “3대질병생활자금 연지급사유 해당일”이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 “3대질병생활자금 연지급사유 해당일”로 봅니다.

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[악성신생물 분류표(유방암, 자궁암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

- 가. 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 나. 분류번호 「C53(자궁경부의 악성신생물), C54(자궁체부의 악성신생물) 및 C55(자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물)」(이하 ‘자궁암’이라 합니다)에 해당하는 질병
- 다. 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 라. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 마. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 바. 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암
- 사. 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암

아. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

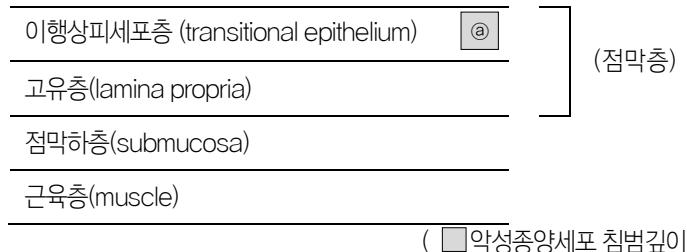
설명	<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시> · C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
----	--

② “암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정]

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

<비침습 방광암 예시>



② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

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

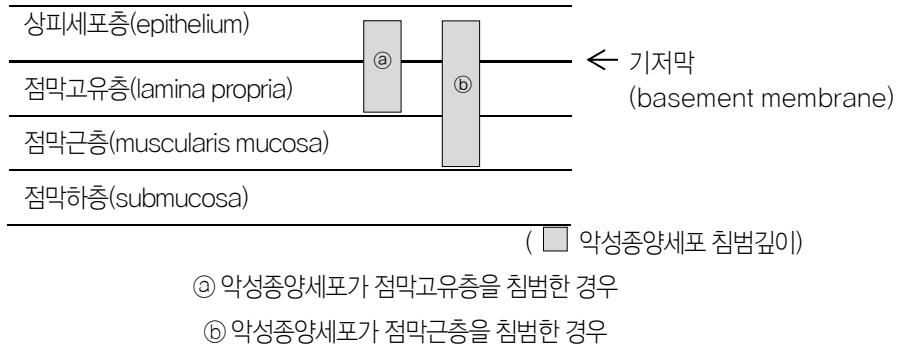
③ “비침습 방광암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포종(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막

(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 층수, 결장, 직장을 말합니다.

〈대장점막내암 예시〉



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌출혈”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “뇌출혈”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의7 [“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어

〈심전도 검사〉

해설

심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그

림으로 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.

〈관상동맥촬영술〉

관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.

〈심장 효소 검사〉

심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.

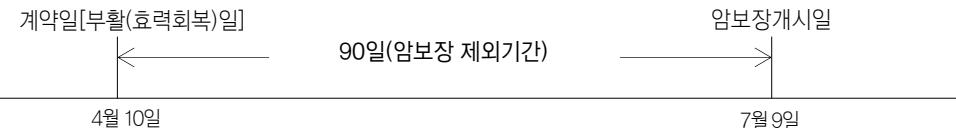
〈핵의학 검사〉

방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.

제2-1조의8 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장 개시일은 갱신일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



다만, “뇌출혈” 및 “급성심근경색증”의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. 다음 각 호의 “3대질병생활자금(확정지급형)”, “3대질병생활자금(생존지급형)”을 합하여 “3대질병생활자금”이라 합니다.

1. 3대질병생활자금(확정지급형) : 피보험자가 「“암보장개시일 이후에 암”, “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”」으로 진단 확정되었을 경우, 그 진단 확정일(이하 “3대질병생활자금 지급사유 발생일”이라 합니다)을 최초로 하여 5년 동안(5회) 매년 3대질병생활자금 연지급사유 해당일에 확정지급합니다. (단, 「“암보장개시일 이후에 암”, “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”」 중 최초 1회의 진단확정에 한합니다.)

2. 3대질병생활자금(생존지급형) : 피보험자가 「“암보장개시일 이후에 암”, “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”」으로 진단 확정되고, 「3대질병생활자금 지급사유 발생일로부터 5년이 되는 3대질병생활자금 연지급사유 해당일」을 최초로 하여 매년 3대질병생활자금 연지급사유 해당일에 살아있을 경우 지급합니다. (단, 「“암보장개시일 이후에 암”, “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”」 중 최초 1회의 진단확정에 한하여, 매년 3대질병생활자금 연지급사유 해당일에 5년(5회)을 최고 한도로 지급합니다.)

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 계약자는 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정 된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할 수 있으며 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다.
- ② 피보험자가 최초계약의 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정 되는 경우에는 3대질병생활자금을 지급하지 않습니다. 또한 피보험자가 최초계약의 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정 되었으나, 제1항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 암보장개시일 이후 “암”으로 진단 확정 되더라도 그 암이 최초계약의 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 “암”으로 인한 경우(최초계약의 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 질병의 종양세포가 친존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함)에 회사는 3대질병생활자금을 지급하지 않습니다. 다만, 청약일[부활(효력회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다.
- ③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “암”, “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 회사는 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 제2회 이후 “3대질병생활자금”의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한

시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장 받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 장해진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

① 이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 보험수익자는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 지급되지 않은 “3대질병생활자금(확정지급형)”의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 “3대질병생활자금(확정지급형)”을 일시에 지급하는 경우에 한해 “평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액”과 “적용이율(보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다)을 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지

급합니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 ["특약의 체결"에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-9조(특약의 체결) 제5항에도 불구하고, 제2-3조(보험금 지급 관련 세부사항) 제2항에 해당하는 경우에는 보장하지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 「주계약의 보험기간 만료일」로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 3대질병생활자금(확정지급형)의 지급사유가 발생한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.

⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니

다.

- ④ 제3항에도 불구하고 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 3대질병생활자금(확정지급형)의 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약의보험가입금액 감액은 제한됩니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 피보험자가 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 3대질병생활자금(확정지급형)의 지급사유가 발생하기 전에 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약에서 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

(1) 3대질병생활자금(확정지급형)(약관 제2-2조 제1호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「암보장개시일 이후에 암」, 「뇌출혈」 또는 「급성심근경색증」으로 진단 확정되었을 경우 (「암보장개시일 이후에 암」, 「뇌출혈」 또는 「급성심근경색증」 중 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급)
지급금액	- 매년 특약보험가입금액의 20% (단, 3대질병생활자금 지급사유 발생일을 최초로 하여 5년동안(5회) 매년 3대질병생활자금 연지급사유 해당일에 확정지급)

(2) 3대질병생활자금(생존지급형)(약관 제2-2조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「암보장개시일 이후에 암」, 「뇌출혈」 또는 「급성심근경색증」으로 진단 확정되고, 「3대질병생활자금 지급사유 발생일로부터 5년이 되는 3대질병생활자금 연지급사유 해당일」을 최초로 하여 매년 3대질병생활자금 연지급사유 해당일에 살아있을 경우 (「암보장개시일 이후에 암」, 「뇌출혈」 또는 「급성심근경색증」 중 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급)
지급금액	- 매년 특약보험가입금액의 10% (단, 「3대질병생활자금 지급사유 발생일로부터 5년이 되는 3대질병생활자금 연지급사유 해당일」을 최초로 하여 매년 3대질병생활자금 연지급사유 해당일에 지급, 5년(5회)을 최고 한도로 함)

별표2

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

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 여성 생식기관의 악성신생물(단, 자궁암 제외)	C51-C52, C56-C58
8. 음경의 악성신생물	C60
9. 고환의 악성 신생물	C62
10. 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성신생물	C63
11. 요로의 악성신생물	C64-C68
12. 눈, 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69-C72
13. 부신의 악성신생물	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명부위의 악성신생물	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준 질병·사인분류를 적용합니다.

설명
피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는

원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3. '요로의 악성신생물(C64~C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의4("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
4. '소화기관의 악성신생물(C15~C26)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

별표3 뇌출혈 분류표

주계약 약관의 해당분류표와 동일

별표4 급성심근경색증 분류표

주계약 약관의 해당분류표와 동일

별표5

보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구 분	적립기간	적립 이율	
제1회 3대질병생활자금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율	
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)	
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)	
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)	
제2회 이후 3대질병생활자금	지급사유가 발생한 날 의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	보험기간 만기일(단, 효력 이 없어 된 경우에는 효력 이 없어 된 날) 이내 보험기간 만기일(단, 효력 이 없어 된 경우에는 효력 이 없어 된 날)의 다음 날 이후	평균공시이율 1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	
	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%	
해지환급금	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

- (주) 1. “3대질병생활자금” 지급사유가 발생한 경우에는 약관 제2-1조의2(특약의 보험기간)에도 불구하고 “3대질병생활자금”의 최종 연지급사유 해당일을 상기의 “보험기간 만기일”로 합니다. 단, 피보험자가 사망한 경우에는 사망일을 “보험기간 만기일”로 합니다.
2. 제2회 이후 3대질병생활자금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않을 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
3. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
4. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
5. 가산이율 적용 시 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

삼성 New 종합건강보험(무배당) 일당백 재해사망특약II 약관

- ※ 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형) 모두 이 약관을 적용합니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 "재해사망보험금"으로 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "제1급 감염병" 이외의 재해로 사망하였을 때
지급금액: 특약보험가입금액의 100%

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "제1급 감염병"으로 인하여 사망하였을 때
지급금액: 특약보험가입금액의 30%

② 제1항에서 "제1급 감염병"은 재해분류표(유첨1 참조) 중 「1. 재해의 정의 ②」에 해당하는 재해를 말합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자에게 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 보며, 재해를 직접적인 원인으로 다음의 사유가 발생하여 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에는 해당 보험금을 지급합니다.

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

② 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

③ 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(이하, '연명의료결정법'이라 합니다)」에 따른 연명의료를 받던 피보험자가 「연명의료결정법」에 따른 연명의료중단등 결정 및 그 이행으로 이 특약의 보험기간 중 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 시점을 사망일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 해당 재해사망보험금을 지급합니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제2-6조(보험금 등을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "제1급 감염병" 이외의 재해로 사망하였을 때
: 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에 해당하는 재해사망보험금

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "제1급 감염병"으로 인하여 사망하였을 때
: 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에 해당하는 재해사망보험금

설명	<보험금 지급사례 예시> 「암사망을 보장하는 보험」과 「재해사망을 보장하는 보험」을 각각 가입한 피보험자가 재해로 인하여 연명의료를 받던 중에 「연명의료중단등 결정 및 그 이행」으로 보험기간 중 사망하는 경우 「재해사망을 보장하는 보험」의 재해사망보험금만 지급됩니다.
----	---

④ 제 1-5 조(보험금 지급 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급 일까지의 기간에 대한 이자는 유첨 3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경

우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해 지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

특히, 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 재해사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 장해진단서, 관할 경찰서 사고 사실확인서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관 또는 경찰법 제2조(국가경찰의 조직)에서 정한 경찰서에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

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

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

<p>설명</p> <p>〈보험금을 나누어 지급받는 경우 예시〉</p> <p>예) 평균공시이율 : 2.0% 가정, 보험금 : 9천만원, 지급사유 발생 일자 : 2020년 6월 1일일 때 보험금을 일시에 받지 않고 3년동안 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">지급일</th><th style="width: 70%;">지급 금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020년 6월 1일</td><td>3천만원</td></tr> <tr> <td>2021년 6월 1일</td><td>$3\text{천만원} \times (1 + \text{평균공시이율 } 2.0\%) = 30,600,000\text{원}$</td></tr> <tr> <td>2022년 6월 1일</td><td>$3\text{천만원} \times (1 + \text{평균공시이율 } 2.0\%)^2 = 31,212,000\text{원}$</td></tr> <tr> <td>총액</td><td>91,812,000원</td></tr> </tbody> </table> <p>※ 평균공시이율 2.0%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 이 특약의 평균공시이율에 따라 계산됩니다.</p>	지급일	지급 금액	2020년 6월 1일	3천만원	2021년 6월 1일	$3\text{천만원} \times (1 + \text{평균공시이율 } 2.0\%) = 30,600,000\text{원}$	2022년 6월 1일	$3\text{천만원} \times (1 + \text{평균공시이율 } 2.0\%)^2 = 31,212,000\text{원}$	총액	91,812,000원	
지급일	지급 금액										
2020년 6월 1일	3천만원										
2021년 6월 1일	$3\text{천만원} \times (1 + \text{평균공시이율 } 2.0\%) = 30,600,000\text{원}$										
2022년 6월 1일	$3\text{천만원} \times (1 + \text{평균공시이율 } 2.0\%)^2 = 31,212,000\text{원}$										
총액	91,812,000원										

제2-9조 [보험수익자의 지정]

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

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-10조의2 [특약의 간신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우.

다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 특약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

여기서 “서면에 의한 동의”는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의 2에서 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위치·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다.

2. 만 15세 미만자(보험가입 후 피보험자가 만 15세가 되더라도 이 특약은 무효입니다), 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 특약의 경우. 다만, 심신박약자가 특약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 특약이 유효합니다.

용어
해설

〈심신상실자(心神喪失者)〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 자를 말합니다.

〈심신박약자(心神薄弱者)〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 부족한 자를 말합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한됩니다. 또한, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)은 제한되며, 2종(유해지환급금형)의 경우 감액완납보험으로의 변경은 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망한 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ② 제1항 제2호의 "재해 이외의 원인으로 사망한 경우"에는 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 다음의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
- 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있

으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 여기서 "장래를 향하여"란 그 효과가 미래에만 영향을 미친다는 의미이며, 서면동의를 철회한 시점까지는 계약의 효력이 유지됩니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1 종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2 종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2 종(유해지환급금형) 대비 1 종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2 종(유해지환급금형) 대비 1 종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%	
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%	
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%	
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%	
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%	
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%	

<2 종(유해지환급금형) 대비 1 종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>		
· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.		
기간	2 종 대비 1 종 해지환급금 비율	
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%

- ③ 제 1~14 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨 3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<p>1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.</p> <p>2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.</p>
------	---

제5관 기타사항

제2~15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

삼성 New 종합건강보험(무배당) 일당백

재해장해특약 약관

- ※ 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형) 모두 이 약관을 적용합니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 장해분류표(유첨 2 참조)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 "재해장해보험금"으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 장해분류표(유첨 2 참조)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때
지급금액	특약보험가입금액의 100% × 해당 장해지급률

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장해가 2 회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해보험금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재해장해보험금에서 이미 지급받은 재해장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표(유첨 2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ② 제 2-2 조(보험금의 지급사유)에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 1 항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 재해장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 재해장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 재해장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 위 1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 재해장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해보험금이 지급되지 않았던 장해

설명	<p>〈 제2-3조 제2항 제1호 예시 〉</p> <p>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.</p> <p>〈 제2-3조 제2항 제2호 예시 〉</p> <p>보험기간 중 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 재해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특약은 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%에 해당하는 보험금을 지급합니다.</p>
----	---

- ③ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑥ 제 1-5 조(보험금 지급 등의 절차) 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨 3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.
- ⑦ 제 1-5 조(보험금 지급 등의 절차) 제 2 항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨 2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입

을 면제합니다.

- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨 2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 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 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표(유첨 2 참조)상 2 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨 2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨 2 참조)상의 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨 2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨 2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨 2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따른 재해장해보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

설명	<보험금을 나누어 지급받는 경우 예시>	
예) 평균공시이율 : 2.0% 가정, 보험금 : 9천만원, 지급사유 발생 일자 : 2020년 6월 1일일 때 보험금을 일시에 받지 않고 3년동안 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우		
지급일	지급 금액	
2020년 6월 1일	3천만원	
2021년 6월 1일	$3천만원 \times (1 + 2.0\%) = 30,600,000원$	
2022년 6월 1일	$3천만원 \times (1 + 2.0\%)^2 = 31,212,000원$	
총액	91,812,000원	
※ 평균공시이율 2.0%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 이 특약의 평균공시이율에 따라 계산됩니다.		

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한됩니다. 또한, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)은 제한되며, 2종(유해지환급금형)의 경우 감액완납보험으로의 변경은 제한됩니다.

- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제 2-14 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제 2 항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항 제 2 호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망년월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제 1 항 제 2 호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 1-4 조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제 1-5 조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 2-14 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1 종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우(특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2 종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명

- 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

〈2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시〉

- 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제 1~14 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨 3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항

1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.

- | | |
|--|---|
| | 2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다. |
|--|---|

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

2대질병입원중특정합병증진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “2대질병입원중특정합병증진단특약 D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급 금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.
 ※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
 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 및 뇌경색증”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈 및 뇌경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(뇌출혈 및 뇌경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표2 참조) 중 뇌경색증(I63)으로 분류되지 않는 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.
- ② “뇌출혈 및 뇌경색증”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌출혈 및 뇌경색증”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4 [“폐렴II”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “폐렴II”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표3(폐렴II 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “폐렴II”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 흉부X선 검사, 혈액검사를 포함한 폐기능 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 폐렴의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 피보험자가 “폐렴II”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2-1조의5 [“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표4(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사 방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어	해설
	<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.
	<관상동맥촬영술> 관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
	<심장 효소 검사> 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.

제2-1조의6 [“심부전”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “심부전”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표5(심부전 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “심부전”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 흉부방사선검사, 심전도검사, 심장초음파검사, 생체표지자(나트륨이뇨펩티드 등) 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “심부전”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음

을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우

2. 부검감정서상 사인의 “심부전”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의7 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “뇌출혈 및 뇌경색증”, “폐렴II”, “급성심근경색증” 또는 “심부전”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의8 [“뇌출혈 및 뇌경색증 입원 중 폐렴II(폐렴II 입원 중 뇌출혈 및 뇌경색증 포함)”의 정의]

이 특약에 있어서 “뇌출혈 및 뇌경색증 입원 중 폐렴II(폐렴II 입원 중 뇌출혈 및 뇌경색증 포함)”이라 함은 “뇌출혈 및 뇌경색증”的 직접적인 치료를 목적으로 1일이상 입원 중 “폐렴II”으로 진단이 확정되는 경우를 의미합니다. 다만, “폐렴II”的 직접적인 치료를 목적으로 1일이상 입원 중 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단이 확정되는 경우도 포함합니다.

제2-1조의9 [“급성심근경색증 입원 중 심부전(심부전 입원 중 급성심근경색증 포함)”의 정의]

이 특약에 있어서 “급성심근경색증 입원 중 심부전(심부전 입원 중 급성심근경색증 포함)”이라 함은 “급성심근경색증”的 직접적인 치료를 목적으로 1일이상 입원 중 “심부전”으로 진단이 확정되는 경우를 의미합니다. 다만, “심부전”的 직접적인 치료를 목적으로 1일이상 입원 중 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되는 경우도 포함합니다.

제2-1조의10 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 “2대질병 입원중특정합병증 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌출혈 및 뇌경색증 입원 중 폐렴II(폐렴II 입원 중 뇌출혈 및 뇌경색증 포함)” 또는 “급성심근경색증 입원 중 심부전(심부전 입원 중 급성심근경색증 포함)”으로 진단이 확정되었을 때 (단, “뇌출혈 및 뇌경색증 입원 중 폐렴II(폐렴II 입원 중 뇌출혈 및 뇌경색증 포함)” 또는 “급성심근경색증 입원 중 심부전(심부전 입원 중 급성심근경색증 포함)” 각각 최초 1회의 진단 확정에 한함)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

- ② 이 특약에 있어서 “입원 중”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 계속하여 입원[제2-1조의7(“입원”의 정의와 장소) 참조]하는 것을 의미합니다.
- ③ 제2항에서 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “뇌출혈 및 뇌경색증 입원 중 폐렴II(폐렴II 입원 중 뇌출혈 및 뇌경색증 포함)” 또는 “급성심근경색증 입원 중 심부전(심부전 입원 중 급성심근경색증 포함)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다. (단, 해당 진단보험금 지급사유가 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에서 정한 특약의 소멸사유에 해당되지 않는 경우에는 이미 지급된 책임준비금을 차감하지 않습니다).
- ⑤ 제4항에서 제2-1조의7(“입원”의 정의와 장소)에도 불구하고 입원 후 1일이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 “뇌출혈 및 뇌경색증”, “폐렴II”, “급성심근경색증” 또는 “심부전”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑥ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가

발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "해당 질병 진단서(병명기입), 해당 질병 입원증명서, 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등"을 말합니다

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자 [주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우

(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형) 등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사

망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 제2호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1~4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1~5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지		0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지		10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지		20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지		30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지		40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후		50%

설명	<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>	
	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<p>1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.</p> <p>2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.</p>
------	---

제5관 기타사항

제2~15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

뇌출혈 및 뇌경색증 분류표

① 약관에 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표2 참조) 중 뇌경색증(I63)으로 분류되지 않는 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.

대상 질병명	분류번호
· 거미막하출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내출혈	I62
· 뇌경색증	I63

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명
피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명
진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈 및 뇌경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표2

「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색

약관에 규정하는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색은 통계청의 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서 (Ver.2016)」에서 정하는 내용을 따르며, 이후 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 적용합니다.

II-I-13. 열공성 뇌경색 증후군

세계보건기구(WHO)는 뇌졸중을 ‘뇌혈관 장애(뇌혈관의 폐쇄; 뇌허혈, 뇌경색, 뇌혈관의 파열; 뇌출혈)로 인하여 갑자기 국소 신경학적 장애 또는 의식장애가 발생하여 24 시간 이상 지속하는 경우’라고 정의하고 있다. 반면 일과성 뇌허혈은 24 시간 이내에 신경학적 장애가 회복되는 경우이다.

뇌의 심부에 혈액을 공급하는 관통혈관(penetrating arteries)이 막히는 경우 작은 구멍처럼 병변이 나타나게 되는데 이를 열공성 뇌경색증(Lacunar infarction) 또는 열공성 뇌졸중(Lacunar stroke)이라고 한다.

열공성 뇌경색증은 아래와 같이 분류한다.

1) 현재 병태가 명확한 급성의 열공성 뇌경색 증후군(current lacunar infarction syndrome)은 ‘I63.58† 기타 대뇌동맥의 상세불명 폐쇄 또는 협착에 의한 뇌경색증(Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of other cerebral artery)과 G46._*뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군(Vascular syndromes of brain in cerebrovascular diseases)’으로 분류한다.

‘G46._*’ 코드는 열공의 유형에 따라 ‘G46.5* 순수운동성 열공증후군(Pure motor lacunar syndrome), G46.6* 순수감각성 열공증후군(Pure sensory lacunar syndrome), G46.7* 기타 열공증후군(Other lacunar syndromes)’에서 분류한다.

2) 열공성 뇌경색이 후속 병태의 원인으로 언급된 경우에는 후유증 분류원칙을 따른다. 즉, 후속병태(예: 편마비)를 먼저 분류하고 후유증을 나타내는 ‘I69.3 뇌경색증의 후유증(Sequelae of cerebral infarction)’ 코드를 추가로 부여한다.

영상검사결과(예: CT, MRI, transcranial doppler ultrasonography 등)에서 열공성 뇌경색이 기술되어 있으나 이에 대한 진단이 없다면 ‘R90.8 종주신경계통의 진단영상 검사 상 기타 이상소견(Other abnormal findings on diagnostic imaging of central nervous system)’ 코드로 분류할 수 있다.

별표3

폐렴II 분류표

① 약관에 규정하는 "폐렴II으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
· 폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
· 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
· 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
· 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
· 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
· 상세불명 병원체의 폐렴	J18
· 음식 또는 구토물에 의한 폐렴	J69.0

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "폐렴II으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "폐렴II으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "폐렴II으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "폐렴II으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "폐렴II으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "폐렴II으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "폐렴II으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "폐렴II으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "폐렴II으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "폐렴II으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "폐렴II으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "폐렴II으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표4

급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준 질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준 질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
----	--

별표5

심부전 분류표

① 약관에 규정하는 “심부전으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 심부전	150

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “심부전으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “심부전으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “심부전으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “심부전으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “심부전으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “심부전으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “심부전으로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “심부전으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “심부전으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “심부전으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “심부전으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “심부전으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
----	--

6대난치성질병진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “6대난치성질병진단특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.
※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
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 [“6대 난치성 질병”의 정의 및 진단확정]

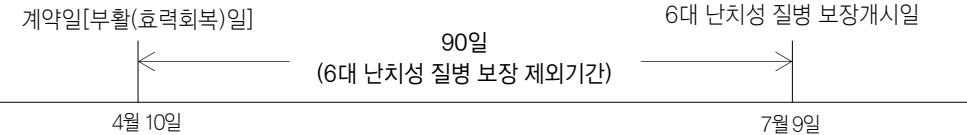
- ① 이 특약에 있어서 “6대 난치성 질병”이라 함은 별표(“6대 난치성 질병”의 정의)에서 정한 “중증 루푸스 신염”, “루게릭병”, “다발경화증”, “중증 재생불량성빈혈”, “원발성 폐동맥 고혈압”, “중증 세균성수막염”을 말합니다.
- ② “6대 난치성 질병”的 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

② 제1항에도 불구하고 제2-1조의 3(“6대 난치성 질병”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “6대 난치성 질병” 보장에 대한 보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 「6대 난치성 질병 보장 개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

〈6대 난치성 질병 보장개시일 예시〉



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “6대 난치성 질병 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「6대 난치성 질병 보장개시일」 이후에 “중증 루푸스 신염”, “루게릭병”, “다발경화증”, “중증 재생불량성빈혈”, “원발성 폐동맥 고혈압”, “중증 세균성수막염”으로 진단 확정을 받았을 경우
지급금액	특약보험가입금액의 100% ※ “6대 난치성 질병 진단보험금”은 최초 1회에 한하여 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “6대 난치성 질병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

② 계약자는 피보험자에게 「6대 난치성 질병 보장개시일」 전일 이전에 “6대 난치성 질병”이 발생된 경우에는 그 발생일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다.

③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항 및 별표(“6대 난치성 질병”의 정의)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항 및 별표(“6대 난치성 질병”의 정의)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 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 - 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 - 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항 및 별표(“6대 난치성 질병”의 정의)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항 및 별표(“6대 난치성 질병”의 정의)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "6대 난치성 질병 진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우(특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

<p>설명</p> <ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%
기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율														
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%														
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%														
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%														
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%														
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%														
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%														
<p><2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시></p> <ul style="list-style-type: none"> · 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2040년 1월 1일 이후</td></tr> </tbody> </table>		기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율														
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일														
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일														
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일														
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일														
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일														
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후														

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none">1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	---

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

“6대 난치성 질병”의 정의

I. 중증 루푸스 신염

① 루푸스 신염은 전신흥반성루푸스라는 자기면역성 장애에 의한 신장질병의 한 형태입니다. 전신흥반성루푸스 및 루푸스신염은 전문의 자격증을 가진 자(이하 “전문의”라 합니다)에 의하여 임상학적으로 받아들여지는 기준을 근거로 명확하게 진단되어야 합니다. “중증 루푸스 신염”은 사구체여과율(GFR)이 $60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ 미만으로 감소한 심각한 신장기능 손실을 동반하여야 합니다. 또한 신장 생체검사에 의하여 아래의 루푸스 신염 WHO분류법(1995년)에 따른 3,4,5 또는 6단계의 증상이 나타나야 합니다.

[루푸스신염 WHO분류법]

- 1단계 : 정상 사구체
- 2단계 : 단순 혈관사이질의 변화(혈관사이질 병변)
- 3단계 : 초점 분절 사구체 신염
- 4단계 : 미만성 사구체 신염
- 5단계 : 미만성 막성 사구체 신염
- 6단계 : 진행성 경화 사구체 신염

② 다만, 신장생체검사를 받지 않은 경우 임상학적으로 받아들여지는 기준을 근거로 전문의에 의해 루푸스 신염이 명확하게 진단되어야 하며, 아래의 두 가지 상태가 모두 나타나야 합니다.

- 1) 루푸스 신염의 진단에 합당한 소변검사 결과
- 2) 루푸스 신염의 진행을 막는 적절한 면역억제 치료를 받는 중

II. 루게릭병(근위축성측삭경화증, Amyotrophic lateral sclerosis)

① “루게릭병(근위축성측삭경화증)”이라 함은 “확정된(definite) 루게릭병(근위축성측삭경화증)”으로서 뇌와 척수의 운동신경세포들이 선택적으로 파괴되어 그 결과 비가역적이고 진행성인 심한 근력 약화 및 근육 위축을 일으키는 퇴행성 운동신경원질환을 말합니다.

② ①의 “확정된(definite) 루게릭병(근위축성측삭경화증)”의 진단은 신경과 전문의에 의해 세계신경과학회 (World Federation of Neurology)의 EI Escorial 개정 진단기준 (2000년)을 기초로 하여 내려져야 합니다.

III. 다발경화증

① “다발경화증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 다발경화증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.
② “다발경화증”的 진단 확정은 병력·신경학적 검진으로 영구적인 신경학적 결손(운동장애, 감각장애, 시력장애 등)이 나타나야 하며, 뇌척수액검사(CSF), 자기공명영상법(MRI), 뇌유발전위검사(Brain E-P) 등을 근거로하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내외의 병원이나 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

다발경화증 분류표

① 약관에 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
다발경화증	G35

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

<p>설명</p> <p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
<p>② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.</p> <p>설명</p> <p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>

IV. 중증재생불량성빈혈 (重症低形成貧血, Severe Aplastic Anemia)

- ① “중증재생불량성빈혈”이라 함은 “비가역적인 중증재생불량성빈혈”로서, 골수 세포충실도 감소와 말초혈액의 범혈구 감소증이 나타나서 골수부전의 치료를 위해 지속적으로 수혈, 골수조혈촉진인자, 면역억제제 중 1항목 이상의 치료를 계속 받고 있고, 해당 분야 전문의에 의하여 현재 조혈모세포이식수술을 필요로 하다고 인정된 질병상태를 말합니다. 따라서, 일시적이거나 가역적인 재생불량성빈혈, 중증이 아닌 재생불량성빈혈은 보장에서 제외합니다.
- ② ①의 “비가역적인 중증 재생불량성빈혈”이란 골수전자검사상 세포충실도가 25%미만인 경우(또는 세포충실도가 25%~50%인 경우라도 조혈기능을 하는 세포가 30%미만인 경우)인 동시에 말초혈액 검사상 다음 3항목 중 2항목 이상을 충족해야 하며, 각 검사결과의 판독은 혈액학 또는 병리학 분야의 전문의에 의해 시행되어야 합니다.

가. 절대호중구수 : $500/\mu\text{L}$ 미만

나. 혈소판 : $20,000/\mu\text{L}$ 미만

다. 교정망상적혈구수 : 1% 미만

- ③ “중증 재생불량성빈혈”의 진단 확정은 혈액학 분야의 전문의가 작성한 문서화된 진료기록 및 골수조직검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

V. 원발성 폐동맥 고혈압

- ① “원발성 폐동맥 고혈압”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 원발성 폐동맥 고혈압 분류표에서 정한 질병으로 진단받고, 원발성(원인미상) 혹은 가족성(유전성)으로 평균 폐동맥의 혈압이 지속적으로 안정시 25mmHg이상으로 높아져 그 결과, 호흡 곤란, 전신 부종 등과 같은 ‘비가역적이고 진행성인 심폐기능의 장애’가 나타나야 합니다.
- ② “원발성 폐동맥 고혈압”的 진단확정은 병력, 폐 환기관류스캔, 폐동맥조영검사, 흉부전산화단층촬영(CT) 혹은 자기 공명영상(MRI), 심초음파검사, 심도자검사, 운동능력검사, 폐동맥반응성 검사 등을 근거로 하여 심장내과 전문의 또는 호흡기내과전문의 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 진료 기록 또는 검사 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 단, 심도자검사 이외의 경우 반복적인 검사 결과를 기초로 하여야 합니다.
- 다만, 폐질환, 심장질환, 결합조직질환 등 다른 원인으로 인해 발생한 이차성 폐동맥 고혈압, 가역적인 폐동맥 고혈압은 보장에서 제외됩니다.

원발성 폐동맥 고혈압 분류표

① 약관에 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 원발성 폐동맥 고혈압	I27.0

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

VI. 중증 세균성 수막염

① 중증세균성수막염은 세균성 감염(HIV 감염인 경우의 세균성수막염은 제외)으로 인한 뇌수막 또는 척수막에 중대한 염증을 일으키는 질환으로서, 한국표준질병·사인분류 중 중증 세균성 수막염 분류표에서 정한 질병으로 진단 받고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우를 말합니다.

1. 척수액에서 세균이 분리배양 되었거나, 척수액에서 세균은 배양되지 않았지만 임상적으로 환자가 명확한 수막 자극 증상이 있으면서 척수액 소견에 백혈구수 증가와 당 감소, 단백증가가 나타나야 합니다.
2. 뇌영상 검사상의 이상 소견과 함께 그 결과로 중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍을 보여야 합니다. 이때 진단확정은 해당분야의 전문의가 작성한 문서화된 진료기록을 기초로 하여 내려져야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기의 방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 중증세균성수막염으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

② 제1항 제2호에서 "뇌영상 검사상의 이상 소견"이라 함은 자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT) 등에서 뇌부종(Brain edema), 뇌수막의 조영증강(Meningeal enhancement), 경막하삼출(Subdural effusion), 뇌농양(Brain abscess), 작은종괴(Mass), 뇌연화증(Cerebromalacia), 경막하혈증(Subdural hematoma), 뇌경색(Cerebral infarction), 국소적허혈(Focal infarction), 수두증(Hydrocephalus), 뇌위축(Brain atrophy), 뇌기형(Megacisterna magna)의 이상소견이 나타나는 것을 말합니다. 이때 이 소견들은 중증세균성수막염의 특징적 소견이 발병한 당시 새

롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.

③ 제1항 제2호에서 "중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍"이란 주관적인 자각증상(Symptom)이 아니라 신경학적인 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적 증후(sign)로 나타난 장애로서 장해분류표(유첨2 참조)상 신경계, 정신행동장애의 해당 지급률 25% 이상인 장해상태를 말합니다.

증증 세균성 수막염 분류표

① 약관에 규정하는 "증증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
· 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "증증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "증증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "증증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "증증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "증증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "증증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "증증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "증증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "증증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "증증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "증증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "증증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

6대난치성질병진단특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

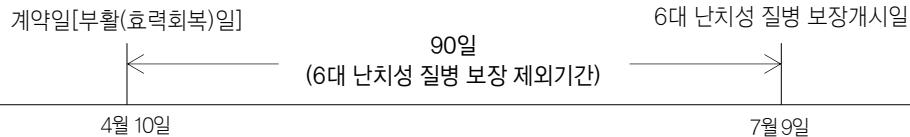
제2-1조의2 [“6대 난치성 질병”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “6대 난치성 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(“6대 난치성 질병”의 정의)에서 정한 “중증 루푸스 신염”, “루게릭병”, “다발경화증”, “중증 재생불량성빈혈”, “원발성 폐동맥 고혈압”, “중증 세균성수막염”을 말합니다.
- ② “6대 난치성 질병”的 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의2(“6대 난치성 질병”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “6대 난치성 질병” 보장에 대한 보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 「6대 난치성 질병 보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 「6대 난치성 질병 보장개시일」은 갱신일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 「6대 난치성 질병 보장개시일」은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

〈6대 난치성 질병 보장개시일 예시〉



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “6대 난치성 질병 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「6대 난치성 질병 보장개시일」이후에 “중증 루푸스 신염”, “루게릭병”, “다발경화증”, “중증 재생불량성빈혈”, “원발성 폐동맥 고혈압”, “증증 세균성수막염”으로 진단 확정을 받았을 경우 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “6대 난치성 질병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

② 계약자는 피보험자에게 「6대 난치성 질병 보장개시일」 전일 이전에 “6대 난치성 질병”이 발생된 경우에는 그 발생일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, ‘감액으로 회사가 실제 지급한 금액’을 차감한 금액)를 돌려드립니다.

③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5 항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제 기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입 해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

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

- ⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항, 제4항 및 별표("6대 난치성 질병"의 정의)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항, 제4항 및 별표("6대 난치성 질병"의 정의)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 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항, 제4항 및 별표("6대 난치성 질병"의 정의)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항, 제4항 및 별표("6대 난치성 질병"의 정의)의 경우 동일한 재해 또는

재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당질병 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인!多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금

을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "6대 난치성 질병 진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부

터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

“6대 난치성 질병”의 정의

I. 중증 루푸스 신염

① 루푸스 신염은 전신홍반성루푸스라는 자기면역성 장애에 의한 신장질병의 한 형태입니다. 전신홍반성루푸스 및 루푸스신염은 전문의 자격증을 가진 자(이하 “전문의”라 합니다)에 의하여 임상학적으로 받아들여지는 기준을 근거로 명확하게 진단되어야 합니다. “중증 루푸스 신염”은 사구체여과율(GFR)이 $60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ 미만으로 감소한 심각한 신장기능 손실을 동반하여야 합니다. 또한 신장 생체검사에 의하여 아래의 루푸스 신염 WHO분류법(1995년)에 따른 3,4,5 또는 6단계의 증상이 나타나야 합니다.

[루푸스신염 WHO분류법]

- 1단계 : 정상 사구체
- 2단계 : 단순 혈관사이질의 변화(혈관사이질 병변)
- 3단계 : 초점 분절 사구체 신염
- 4단계 : 미만성 사구체 신염
- 5단계 : 미만성 막성 사구체 신염
- 6단계 : 진행성 경화 사구체 신염

② 다만, 신장생체검사를 받지 않은 경우 임상학적으로 받아들여지는 기준을 근거로 전문의에 의해 루푸스 신염이 명확하게 진단되어야 하며, 아래의 두 가지 상태가 모두 나타나야 합니다.

- 1) 루푸스 신염의 진단에 합당한 소변검사 결과
- 2) 루푸스 신염의 진행을 막는 적절한 면역억제 치료를 받는 중

II. 루게릭병(근위축성측삭경화증, Amyotrophic lateral sclerosis)

① “루게릭병(근위축성측삭경화증)”이라 함은 “확정된(definite) 루게릭병(근위축성측삭경화증)”으로서 뇌와 척수의 운동신경세포들이 선택적으로 파괴되어 그 결과 비가역적이고 진행성인 심한 근력 약화 및 근육 위축을 일으키는 퇴행성 운동신경원질환을 말합니다.
 ② ①의 “확정된(definite) 루게릭병(근위축성측삭경화증)”의 진단은 신경과 전문의에 의해 세계신경과학회 (World Federation of Neurology)의 EI Escorial 개정 진단기준 (2000년)을 기초로 하여 내려져야 합니다.

III. 다발경화증

① “다발경화증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 다발경화증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.
 ② “다발경화증”的 진단 확정은 병력·신경학적 검진으로 영구적인 신경학적 결손(운동장애, 감각장애, 시력장애 등)이 나타나야 하며, 뇌척수액검사(CSF), 자기공명영상법(MRI), 뇌유발전위검사(Brain E-P) 등을 근거로하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

다발경화증 분류표

① 약관에 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
다발경화증	G35

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준 질병·사인분류를 적용합니다.

<p>설명</p> <p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
<p>설명</p> <p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “다발경화증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>

IV. 중증재생불량성빈혈 (重症低形成貧血, Severe Aplastic Anemia)

- ① “중증재생불량성빈혈”이라 함은 “비가역적인 중증재생불량성빈혈”로서, 골수 세포충실도 감소와 말초혈액의 범혈구 감소증이 나타나서 골수부전의 치료를 위해 지속적으로 수혈, 골수조혈촉진인자, 면역억제제 중 1항목 이상의 치료를 계속 받고 있고, 해당 분야 전문의에 의하여 현재 조혈모세포이식수술을 필요로 하다고 인정된 질병상태를 말합니다. 따라서, 일시적이거나 가역적인 재생불량성빈혈, 중증이 아닌 재생불량성빈혈은 보장에서 제외합니다.
- ② ①의 “비가역적인 중증 재생불량성빈혈”이란 골수전자검사상 세포충실도가 25%미만인 경우(또는 세포충실도가 25%~50%인 경우라도 조혈기능을 하는 세포가 30%미만인 경우)인 동시에 말초혈액 검사상 다음 3항목 중 2항목 이상을 충족해야 하며, 각 검사결과의 판독은 혈액학 또는 병리학 분야의 전문의에 의해 시행되어야 합니다.

- 가. 절대호중구수 : $500/\mu\text{L}$ 미만
- 나. 혈소판 : $20,000/\mu\text{L}$ 미만
- 다. 교정망상적혈구수 : 1% 미만

- ③ “중증 재생불량성빈혈”의 진단 확정은 혈액학 분야의 전문의가 작성한 문서화된 진료기록 및 골수조직검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

V. 원발성 폐동맥 고혈압

- ① “원발성 폐동맥 고혈압”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 원발성 폐동맥 고혈압 분류표에서 정한 질병으로 진단받고, 원발성(원인미상) 혹은 가족성(유전성)으로 평균 폐동맥의 혈압이 지속적으로 안정시 25mmHg이상으로 높아져 그 결과, 호흡 곤란, 전신 부종 등과 같은 ‘비가역적이고 진행성인 심폐기능의 장애’가 나타나야 합니다.
- ② “원발성 폐동맥 고혈압”的 진단확정은 병력, 폐 환기관류스캔, 폐동맥조영검사, 흉부전산화단층촬영(CT) 혹은 자기 공명영상(MRI), 심초음파검사, 심도자검사, 운동능력검사, 폐동맥반응성 검사 등을 근거로 하여 심장내과 전문의 또는 호흡기내과전문의 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 진료 기록 또는 검사 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 단, 심도자검사 이외의 경우 반복적인 검사 결과를 기초로 하여야 합니다.
- 다만, 폐질환, 심장질환, 결합조직질환 등 다른 원인으로 인해 발생한 이차성 폐동맥 고혈압, 가역적인 폐동맥 고혈압은 보장에서 제외됩니다.

원발성 폐동맥 고혈압 분류표

① 약관에 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 원발성 폐동맥 고혈압	I27.0

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "원발성 폐동맥 고혈압으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

VI. 중증 세균성 수막염

① 중증세균성수막염은 세균성 감염(HIV 감염인 경우의 세균성수막염은 제외)으로 인한 뇌수막 또는 척수막에 중대한 염증을 일으키는 질환으로서, 한국표준질병·사인분류 중 중증 세균성 수막염 분류표에서 정한 질병으로 진단 받고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우를 말합니다.

1. 척수액에서 세균이 분리배양 되었거나, 척수액에서 세균은 배양되지 않았지만 임상적으로 환자가 명확한 수막 자극 증상이 있으면서 척수액 소견에 백혈구수 증가와 당 감소, 단백증가가 나타나야 합니다.
2. 뇌영상 검사상의 이상 소견과 함께 그 결과로 중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍을 보여야 합니다. 이때 진단확정은 해당분야의 전문의가 작성한 문서화된 진료기록을 기초로 하여 내려져야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기의 방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 중증세균성수막염으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

② 제1항 제2호에서 "뇌영상 검사상의 이상 소견"이라 함은 자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT) 등에서 뇌부종(Brain edema), 뇌수막의 조영증강(Meningeal enhancement), 경막하삼출(Subdural effusion), 뇌농양(Brain abscess), 작은종괴(Mass), 뇌연화증(Cerebromalacia), 경막하혈증(Subdural hematoma), 뇌경색(Cerebral infarction), 국소적허혈(Focal infarction), 수두증(Hydrocephalus), 뇌위축(Brain atrophy), 뇌기형(Megacisterna magna)의 이상소견이 나타나는 것을 말합니다. 이때 이 소견들은 중증세균성수막염의 특징적 소견

이 발병한 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.

③ 제1항 제2호에서 "중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍"이란 주관적인 자각증상(Symptom)이 아니라 신경학적인 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적 증후(sign)로 나타난 장애로서 장해분류표(유첨2 참조)상 신경계, 정신행동장애의 해당 지급률 25% 이상인 장해상태를 말합니다.

중증 세균성 수막염 분류표

① 약관에 규정하는 "중증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
· 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "중증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "중증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "중증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "중증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "중증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "중증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "중증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "중증 세균성 수막염으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "중증 세균성 수막염으로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "중증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "중증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "중증 세균성 수막염으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

7대주요질병수술보장특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “7대주요질병수술보장특약 D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“4대 중증 질병”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “4대 중증 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(4대 중증 질병 분류표)에서 정한 “뇌질환”, “심질환”, “간·췌장질환” 및 “폐질환”을 말합니다.
- ② “4대 중증 질병”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사 및 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의4 [“3대 주요 질병”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “3대 주요 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(3대 주요 질병 분류표)에서 정한 “신부전”, “특정 담낭, 담도질환” 및 “위궤양 및 십이지장궤양”을 말합니다.
- ② “3대 주요 질병”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사 및 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의5 [“수술”의 정의와 장소]

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “4대 중증 질병” 또는 “3대 주요 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어	< 절단(切斷) >
해설	특정부위를 잘라 내는 것
	< 절제(切除) >
	특정부위를 잘라 없애는 것
	< 신의료기술평가위원회 >
	의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 아래에서 정한 사항은 수술에서 제외됩니다.

1. 흡인, 천자 등의 조치
2. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
3. 미용 성형상의 수술
4. 피임(避妊) 목적의 수술
5. 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등]

용어	< 흡인(吸引) >
해설	주사기등으로 빨아 들이는 것
	< 천자(穿刺) >
	바늘 또는 관을 끊어 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

④ 이 특약에 있어서 “관혈수술”, “내시경수술”, “카테터수술”, “신의료수술”이라 함은 다음과 같습니다.

1. “관혈수술”이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
2. “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.
3. “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.
4. “신의료수술”이라 함은 관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말합니다.

제2-1조의6 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “4대 중증 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “4대 중증 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받았을 때: 4대중증질병 관혈수술보험금
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “4대 중증 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “4대 중증 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 때: 4대 중증 질병 비관혈수술 보험금
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “3대 주요 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “3대 주요 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받았을 때: 3대 주요 질병 관혈수술 보험금
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “3대 주요 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “3대 주요 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 때: 3대 주요 질병 비관혈수술 보험금

단, “4대 중증 질병 비관혈수술보험금” 및 “3대 주요 질병 비관혈수술보험금”은 각각의 질병(7가지)당 보험연도 기준 연1회에 한하여 지급합니다.

(이하, “4대 중증 질병 관혈수술 보험금”, “3대 주요 질병 관혈수술 보험금”, “4대 중증 질병 비관혈수술 보험금” 및 “3대 주요 질병 비관혈수술 보험금”을 합하여 “7대 주요 질병 수술 보험금”이라 합니다.)

② 제1항의 “보험연도”는 당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 이 때, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명	〈보험연도 계산 예시〉
	보험계약일이 2018년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호에서 식도정맥류[별표2(4대 중증 질병 분류표) (주)2 참조]에 대한 수술은 보장하지 않습니다.

② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한 시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명 기입), 해당 수술증명서, 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
 - 나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우(특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

- 설명 · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

- 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none">1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	---

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

□ 7대 주요 질병 수술 보험금(약관 제2-2조)

(1) 4대 중증 질병 관절수술 보험금(약관 제2-2조 제1항 제1호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “4대 중증 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “4대 중증 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 관절수술을 받았을 때
지급금액	특약보험가입금액의 30% ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관절수술에 준하여 보험금을 지급합니다.

(2) 4대 중증 질병 비관절수술 보험금(약관 제2-2조 제1항 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “4대 중증 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “4대 중증 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 때
지급금액	특약보험가입금액의 10% ※ 단, “뇌질환”, “심질환”, “간 · 췌장질환” 및 “폐질환” 각각의 질병(4가지)당 보험연도 기준 연1회의 수술에 한하여 보장합니다.

(3) 3대 주요 질병 관절수술 보험금(약관 제2-2조 제1항 제3호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “3대 주요 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “3대 주요 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 관절수술을 받았을 때 ※ 복강경수술은 관절수술에 준하여 보험금을 지급합니다.
지급금액	특약보험가입금액의 12%

(4) 3대 주요 질병 비관절수술 보험금(약관 제2-2조 제1항 제4호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “3대 주요 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “3대 주요 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 때
지급금액	특약보험가입금액의 4% ※ 단, “신부전”, “특정 담낭, 담도질환” 및 “위궤양 및 십이지장궤양” 각각의 질병(3가지)당 보험연도 기준 연1회의 수술에 한하여 보장합니다.

별표2

4대 중증 질병 분류표

① 약관에 규정하는 「4대 중증 질병」으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명		분류번호
뇌질환	· 거미막하출혈	I60
	· 뇌내출혈	I61
	· 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	· 뇌경색증	I63
	· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌출증	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
	· 두개내손상	S06
	· 수막의 양성 신생물	D32
	· 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	· 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
	· 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
	· 송과선의 양성 신생물	D35.4
	· 심장 침범이 있는 류마티스 열	I01
	· 류마티스무도병	I02
심질환	· 류마티스성 승모판질환	I05
	· 류마티스성 대동맥판질환	I06
	· 류마티스성 삼첨판질환	I07
	· 다발판막질환	I08
	· 기타 류마티스심장질환	I09
	· 협심증	I20
	· 급성 심근경색증	I21
	· 후속심근경색증	I22
	· 급성 심근경색증 후 특정 혈존 합병증	I23
	· 기타 급성 허혈심장질환	I24
	· 만성 허혈심장병	I25
	· 폐색전증	I26
	· 기타 폐성 심장질환	I27
	· 폐혈관의 기타 질환	I28
	· 급성 심장막염	I30
	· 심장막의 기타 질환	I31
	· 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32

대상질병명		분류번호
심질환	· 급성 및 아급성 심내막염	I33
	· 비류마티스성 승모판장애	I34
	· 비류마티스성 대동맥판장애	I35
	· 비류마티스성 삼첨판장애	I36
	· 폐동맥판장애	I37
	· 상세불명 판막의 심내막염	I38
	· 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	· 칸디다심내막염	B37.6
	· 급성 심근염	I40
	· 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	· 심근병증	I42
	· 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	· 방실치단 및 좌각치단	I44
	· 기타 전도장애	I45
	· 심장정지	I46
	· 발작성 빈맥	I47
	· 심방세동 및 조동	I48
	· 기타 심장부정맥	I49
	· 심부전	I50
	· 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	· 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
	· 대동맥동맥류 및 박리	I71
	· 수막알균성 심장병	A39.5
	· 흉부 혈관의 손상	S25
	· 심장의 손상	S26
	· 심장의 양성 신생물	D15.1
폐질환	· 폐기종	J43
	· 기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	· 천식	J45
	· 천식지속상태	J46
	· 기관지확장증	J47
	· 폐 및 종격의 농양	J85
	· 농흉	J86
	· 달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
	· 달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
	· 흉막판	J92
	· 기흉	J93
	· 기타 흉막의 병태	J94
	· 기관의 양성 신생물	D14.2
	· 기관지 및 폐의 양성 신생물	D14.3

대상 질병 명	분류번호
· 알코올성 간질환	K70
· 독성간질환	K71
· 달리 분류되지 않은 간부전	K72
· 달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
· 간의 섬유증 및 경변증	K74
· 기타 염증성 간질환	K75
· 간의 기타 질환	K76
· 달리 분류된 질환에서의 간장애	K77
· 거대세포바이러스간염	B25.1
· 톡소포자충간염	B58.1
· 급성 췌장염	K85
· 췌장의 기타 질환	K86
· 복부대동맥의 손상	S35.0
· 복강내기관의 손상	S36
· 간의 양성 신생물	D13.4
· 간외담관의 양성 신생물	D13.5
· 췌장의 양성 신생물(내분비 췌장은 제외)	D13.6
· 내분비췌장의 양성 신생물	D13.7

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국 표준질병 · 사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국 표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

2. 이 특약 제2~3조(보험금 지급 관련 세부사항) 제1항의 “식도정맥류”라 함은 분류번호 “I85, I98.2 및 I98.3”를 말하며, “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”에서 제외됩니다. 또한, 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병 · 사인분류 중 “식도정맥류”에 해당하는 질병을 보장하지 않습니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병 · 사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표3

3대 주요 질병 분류표

① 약관에 규정하는 “3대 주요 질병”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명		분류번호
신부전	· 급성 신부전	N17
	· 만성 신장병	N18
	· 상세불명의 신부전	N19
특정 담낭, 담도 질환	· 담석증	K80
	· 담낭염	K81
	· 담낭의 기타 질환	K82
	· 담도의 기타 질환	K83
위궤양 및 심이지장궤양	· 위궤양	K25
	· 심이지장궤양	K26
	· 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “3대 주요 질병”으로 분류되는 질병은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “3대 주요 질병”으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “3대 주요 질병”으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “3대 주요 질병”으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “3대 주요 질병”으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “3대 주요 질병”으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “3대 주요 질병”으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “3대 주요 질병”으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “3대 주요 질병”으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “3대 주요 질병”으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “3대 주요 질병”으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “3대 주요 질병”으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

7대주요질병수술보장특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“4대 중증 질병”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “4대 중증 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(4대 중증 질병 분류표)에서 정한 “뇌질환”, “심질환”, “간·췌장질환” 및 “폐질환”을 말합니다.
- ② “4대 중증 질병”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사 및 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의3 [“3대 주요 질병”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “3대 주요 질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(3대 주요 질병 분류표)에서 정한 “신부전”, “특정 담낭, 담도질환” 및 “위궤양 및 십이지장궤양”을 말합니다.
- ② “3대 주요 질병”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사 및 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의4 [“수술”의 정의와 장소]

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “4대 중증 질병” 또는 “3대 주요 질병”的 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어	〈절단(切斷)〉
해설	특정부위를 잘라 내는 것
	〈절제(切除)〉
	특정부위를 잘라 없애는 것
	〈신의료기술평가위원회〉
	의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 아래에서 정한 사항은 수술에서 제외됩니다.

1. 흡인, 천자 등의 조치
2. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
3. 미용 성형상의 수술
4. 피임(避妊) 목적의 수술
5. 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등]

용어	〈흡인(吸引)〉
해설	주사기 등으로 빨아 들이는 것
	〈천자(穿刺)〉
	비늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

④ 이 특약에 있어서 “관혈수술”, “내시경수술”, “카테터수술”, “신의료수술”이라 함은 다음과 같습니다.

1. “관혈수술”이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
2. “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.
3. “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.
4. “신의료수술”이라 함은 관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말합니다.

제2-1조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “4대 중증 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “4대 중

- 증 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받았을 때: 4대중증질병 관혈수술보험금
2. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “4대 중증 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “4대 중증 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 때: 4대 중증 질병 비관혈수술 보험금
 3. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “3대 주요 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “3대 주요 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받았을 때: 3대 주요 질병 관혈수술 보험금
 4. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “3대 주요 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “3대 주요 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 때: 3대 주요 질병 비관혈수술 보험금
- 단, “4대 중증 질병 비관혈수술보험금” 및 “3대 주요 질병 비관혈수술보험금”은 각각의 질병(7가지) 당 보험연도 기준 연1회에 한하여 지급합니다.
(이하, “4대 중증 질병 관혈수술 보험금”, “3대 주요 질병 관혈수술 보험금”, “4대 중증 질병 비관혈수술 보험금” 및 “3대 주요 질병 비관혈수술 보험금”을 합하여 “7대 주요 질병 수술 보험금”이라 합니다.)
- ② 제1항의 “보험연도”는 당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 이 때, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명	<보험연도 계산 예시> 보험계약일이 2018년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.
----	---

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

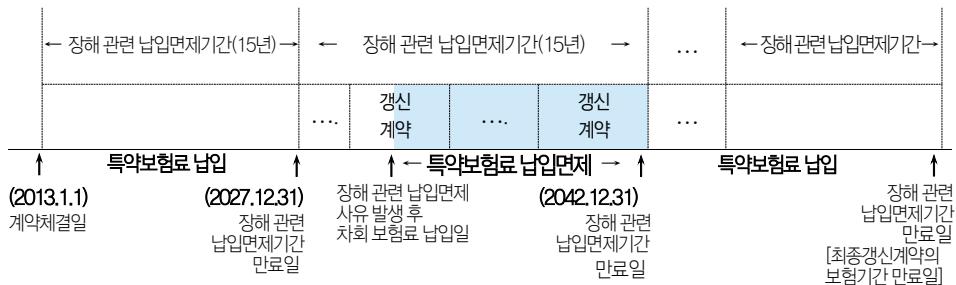
- ① 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호에서 식도정맥류[별표2(4대 중증 질병 분류표) (주)2 참조]에 대한 수술은 보장하지 않습니다.
- ② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입 해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

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

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장애의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명 기입), 해당 수술증명서, 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특

약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 1**보험금 지급기준표****□ 7대 주요 질병 수술 보험금(약관 제2-2조)****(1) 4대 중증 질병 관절수술 보험금(약관 제2-2조 제1항 제1호)**

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “4대 중증 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “4대 중증 질병”的 직접적인 치료를 목적으로 관절수술을 받았을 때
지급금액	특약보험가입금액의 30% ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관절수술에 준하여 보험금을 지급합니다.

(2) 4대 중증 질병 비관절수술 보험금(약관 제2-2조 제1항 제2호)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “4대 중증 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “4대 중증 질병”的 직접적인 치료를 목적으로 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 때
지급금액	특약보험가입금액의 10% ※ 단, “뇌질환”, “심질환”, “간·췌장질환” 및 “폐질환” 각각의 질병(4가지)당 보험연도 기준 연1회의 수술에 한하여 보장합니다.

(3) 3대 주요 질병 관절수술 보험금(약관 제2-2조 제1항 제3호)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “3대 주요 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “3대 주요 질병”的 직접적인 치료를 목적으로 관절수술을 받았을 때
지급금액	특약보험가입금액의 12% ※ 복강경수술은 관절수술에 준하여 보험금을 지급합니다.

(4) 3대 주요 질병 비관절수술 보험금(약관 제2-2조 제1항 제4호)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “3대 주요 질병”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “3대 주요 질병”的 직접적인 치료를 목적으로 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 때
지급금액	특약보험가입금액의 4% ※ 단, “신부전”, “특정 담낭, 담도질환” 및 “위궤양 및 십이지장궤양” 각각의 질병(3가지)당 보험연도 기준 연1회의 수술에 한하여 보장합니다.

별표2

4대 중증 질병 분류표

① 약관에 규정하는 “4대 중증 질병”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명		분류번호
뇌질환	· 거미막하출혈	I60
	· 뇌내출혈	I61
	· 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	· 뇌경색증	I63
	· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌출증	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
	· 두개내손상	S06
	· 수막의 양성 신생물	D32
	· 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	· 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
	· 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
	· 송과선의 양성 신생물	D35.4
심질환	· 심장 침범이 있는 류마티스 열	I01
	· 류마티스무도병	I02
	· 류마티스성 승모판질환	I05
	· 류마티스성 대동맥판질환	I06
	· 류마티스성 삼첨판질환	I07
	· 다발판막질환	I08
	· 기타 류마티스심장질환	I09
	· 협심증	I20
	· 급성 심근경색증	I21
	· 후속심근경색증	I22
	· 급성 심근경색증 후 특정 현준 합병증	I23
	· 기타 급성 허혈심장질환	I24
	· 만성 허혈심장병	I25
	· 폐색전증	I26
	· 기타 폐성 심장질환	I27
	· 폐혈관의 기타 질환	I28
	· 급성 심장마염	I30
	· 심장막의 기타 질환	I31
	· 달리 분류된 질환에서의 심장마염	I32

대상질병명		분류번호
심질환	· 급성 및 아급성 심내막염	I33
	· 비류마티스성 승모판장애	I34
	· 비류마티스성 대동맥판장애	I35
	· 비류마티스성 삼첨판장애	I36
	· 폐동맥판장애	I37
	· 상세불명 판막의 심내막염	I38
	· 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	· 칸디다심내막염	B37.6
	· 급성 심근염	I40
	· 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	· 심근병증	I42
	· 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	· 방실차단 및 좌각차단	I44
	· 기타 전도장애	I45
	· 심장정지	I46
	· 발작성 빈맥	I47
	· 심방세동 및 조동	I48
	· 기타 심장부정맥	I49
	· 심부전	I50
	· 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	· 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
	· 대동맥동맥류 및 박리	I71
	· 수막알균성 심장병	A39.5
	· 흉부 혈관의 손상	S25
	· 심장의 손상	S26
	· 심장의 양성 신생물	D15.1
폐질환	· 폐기종	J43
	· 기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	· 천식	J45
	· 천식지속상태	J46
	· 기관지확장증	J47
	· 폐 및 종격의 농양	J85
	· 농흉	J86
	· 달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
	· 달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
	· 흉막판	J92
	· 기흉	J93
	· 기타 흉막의 병태	J94
	· 기관의 양성 신생물	D14.2
	· 기관지 및 폐의 양성 신생물	D14.3

대상 질병 명	분류번호	
간·췌장질환	· 알코올성 간질환 · 독성간질환 · 달리 분류되지 않은 간부전 · 달리 분류되지 않은 만성 간염 · 간의 섬유증 및 경변증 · 기타 염증성 간질환 · 간의 기타 질환 · 달리 분류된 질환에서의 간장애 · 거대세포바이러스간염 · 톡소포자충간염 · 급성 췌장염 · 췌장의 기타 질환 · 복부대동맥의 손상 · 복강내기관의 손상 · 간의 양성 신생물 · 간외담관의 양성 신생물 · 췌장의 양성 신생물(내분비 췌장은 제외) · 내분비췌장의 양성 신생물	K70 K71 K72 K73 K74 K75 K76 K77 B25.1 B58.1 K85 K86 S35.0 S36 D13.4 D13.5 D13.6 D13.7

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국 표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	--

2. 이 특약 제2-3조(보험금 지급 관련 세부사항) 제1항의 “식도정맥류”라 함은 분류번호 “I85, I98.2 및 I98.3”를 말하며, “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”에서 제외됩니다. 또한, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류 중 “식도정맥류”에 해당하는 질병을 보장하지 않습니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “‘4 대 중증 질병’으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “‘4대 중증 질병’으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

별표3

3대 주요 질병 분류표

① 약관에 규정하는 “‘3대 주요 질병’으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명		분류번호
신부전	· 급성 신부전	N17
	· 만성 신장병	N18
	· 상세불명의 신부전	N19
특정 담낭, 담도 질환	· 담석증	K80
	· 담낭염	K81
	· 담낭의 기타 질환	K82
	· 담도의 기타 질환	K83
위궤양 및 십이지장궤양	· 위궤양	K25
	· 십이지장궤양	K26
	· 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “‘3대 주요 질병’으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “‘3대 주요 질병’으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “‘3대 주요 질병’으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “‘3대 주요 질병’으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “‘3대 주요 질병’으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “‘3대 주요 질병’으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “‘3대 주요 질병’으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “‘3대 주요 질병’으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “‘3대 주요 질병’으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “‘3대 주요 질병’으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “‘3대 주요 질병’으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “‘3대 주요 질병’으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	--

고혈압(원발성)치료특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 "고혈압(원발성)치료특약 D(무배당, 무해지환급금형)"으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 "유해지환급금형 상품"이라 하며, "유해지환급금형 상품"은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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.

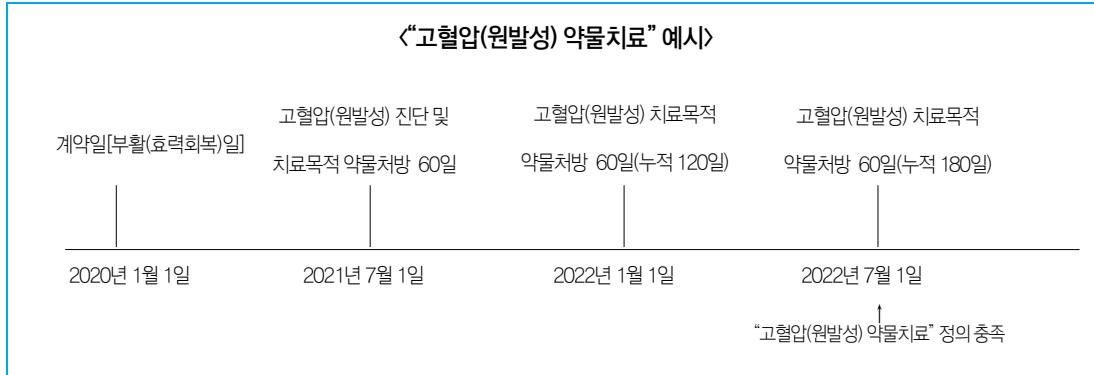
제2-1조의3 ["고혈압(원발성)"의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 "고혈압(원발성)"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표[고혈압(원발성) 분류표]에서 정한 질병을 말합니다.
- ② "고혈압(원발성)"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다.

제2-1조의4 ["고혈압(원발성) 약물치료"의 정의]

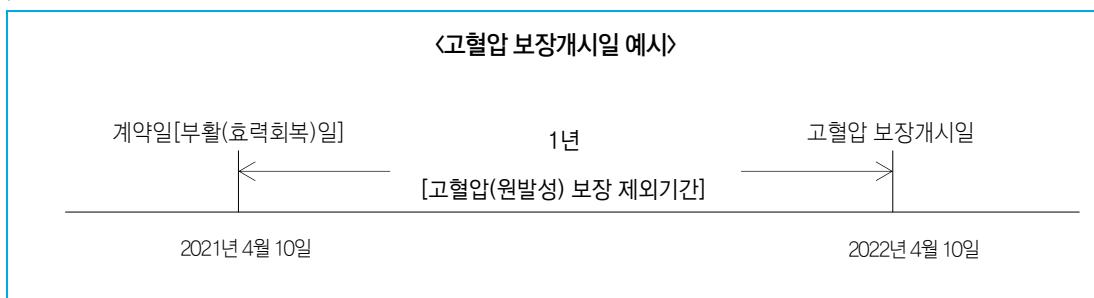
이 특약에서 "고혈압(원발성) 약물치료"라 함은 의사가 "고혈압(원발성)"의 직접적인 치료를 목적으로 하는 약물[식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 분류번호 '213(이뇨제), 214(혈압강하제), 217(혈관확장제) 또는 219(기타의 순환계용약)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '이뇨제, 혈압강하제, 혈관확장제 또는 기타의 순환계용약'에 준하는 분류번호)]로 분류되는 의약품을 180일 이상의 기간에 대해 처방하는 것을 말합니다.

단, “고혈압(원발성)”이 동반되지 않고 기타질환의 증상관리나 합병증 예방을 목적으로 ‘이뇨제, 혈압강하제, 혈관확장제 또는 기타의 순환계용약’이 투여된 경우에는 보상하지 않습니다.



제2-1조의5 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3[“고혈압(원발성)”의 정의 및 진단 확정] 제1항에서 정한 “고혈압(원발성)”보장에 대한 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날(이하 “고혈압 보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「고혈압 보장개시일」 이후에 “고혈압(원발성)”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “고혈압(원발성)”의 직접적인 치료를 목적으로 180일 이상의 기간동안 “고혈압(원발성) 약물치료”를 받았을 때에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 특약보험가입금액의 10%를 “고혈압(원발성) 약물치료보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「고혈압 보장개시일」 이후에 제2-1조의3[“고혈압(원발성)”의 정의 및 진단 확정] 제1항에서 정한 “고혈압(원발성)”으로 진단확정되고, 보험기간 중 제2-1조의4[“고혈압(원발성) 약물치료”의 정의]에서 정한 “고혈압(원발성) 약물치료” 처방일 요건 등을 일부만 충족한 상태에서 보험기간이 만료되더라도 보험기간이 만료된 후 제2-1조의4[“고혈압(원발성) 약물치료”의 정의]에서 정한 “고혈압(원발성) 약물치료” 처방일 요건 등을 전부 충족하게 된 경우에는 전부 충족하게 된 날을 보험금 지급사유 발생일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금을 지급합니다.

설명**< 고혈압(원발성) 약물치료보험금 지급사례 예시>**

예) 보험기간 만료일 : 2070년 12월 31일

"고혈압(원발성)" 진단확정일(제2-1조의3 제1항 및 제2항 총족): 2070년 10월 30일

"고혈압(원발성) 약물치료" 약물 30일 처방일(제2-1조의4 일부총족): 2070년 11월 10일

"고혈압(원발성) 약물치료" 약물 총 180일이상(2070년 11월 10일 이후 누적)

처방일(제2-1조의4 전부 총족) : 2071년 05월 10일

→ 2071년 05월 10일 고혈압(원발성) 약물치료보험금 지급사유 발생

② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 고혈압(원발성) 약물치료일수(누적 180일 이상)를 확인할 수 있는 서류(진단서, 진료확인서, 소견서 등), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특

약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 ["특약의 무효"에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 「고혈압 보장개시일」 전일 이전에 제2-1조의3[“고혈압(원발성)”의 정의 및 진단 확정] 제1항에서 정한 “고혈압(원발성)”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “고혈압(원발성) 약물치료보험금”의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지		0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지		10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지		20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지		30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지		40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후		50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항

1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.
2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2~15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

고혈압(원발성) 분류표

① 약관에 규정하는 “고혈압(원발성)으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 본태성(원발성) 고혈압	I10

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “고혈압(원발성)으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “고혈압(원발성)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “고혈압(원발성)으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “고혈압(원발성)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “고혈압(원발성)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국 표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “고혈압(원발성)으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “고혈압(원발성)으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “고혈압(원발성)으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “고혈압(원발성)으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “고혈압(원발성)으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “고혈압(원발성)으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “고혈압(원발성)으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

급성뇌경색증진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “급성뇌경색증진단특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 II”의 정의 및 진단확정]

이 특약에 있어서 “급성뇌경색증 II”라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(뇌경색증 분류표)에서 정한 질병(이하, “뇌경색증”이라 합니다)에 해당하고 다음 각호를 모두 만족하는 경우를 말합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코딩 지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표2 참조) 중 뇌경색증(I63)으로 분류되지 않는 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.

1. “급성뇌경색증 II”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.
2. 이 진단은 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 뇌자기공명영상(brain MRI), 뇌혈관조영술 등 뇌영상검사에서 뇌경색증의 급성 발병을 나타내는 이상 소견을 근거로 하여야 합니다. 또한 병력·신경학적 검진에서 뇌영상검사와 일치하는 뇌경색증의 임상소견이 발병 당시 새롭게 출현하고 그 결과 영구적인 신경학적 결손(언어장애, 운동실조, 마비 등)이 나타남을 근거로 하여야 합니다. (여기서 “영구적인 신경학적 결손”이란 주관적인 자각증상(symptom)이 아니라 신경학적 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적 이상소견(sign)으로 나타난 영구적 장해를

말합니다.) 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확인이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 이 특약의 보험기간 중에 “급성뇌경색증 II”로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 “급성뇌경색증 II”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “급성뇌경색증 II 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성뇌경색증 II”로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “급성뇌경색증 II”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 또한, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌경색증”으로 진단 확정되었으나 급격한 상태 악화로 “영구적인 신경학적 결손”의 판정없이 사망한 경우에는 그 사망일을 “급성뇌경색증 II” 진단 확정일로 간주하고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 보험수익자는 사망일 이전에 급격한 상태 악화로 “영구적인 신경학적 결손”의 판정이 불가능하였다는 의사소견서를 회사에 제출하여야 합니다.

② 제1항에서 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임 임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

③ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

④ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한 시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 - 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 - 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "급성뇌경색증 II 진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

<p>설명</p> <ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2040년 1월 1일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율																				
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%																			
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%																			
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%																			
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%																			
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%																			
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%																			
	<p><2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시></p> <ul style="list-style-type: none"> · 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2040년 1월 1일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율																				
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%																			
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%																			
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%																			
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%																			
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%																			
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%																			
	<p>③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.</p> <p>④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.</p> <p>⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.</p>																				
<p>유의사항</p>	<p>1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료</p>																				

로 가입할 수 있는 보험상품입니다.

2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

뇌경색증 분류표

① 약관에 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표2 참조) 중 뇌경색증(I63)으로 분류되지 않는 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 뇌경색증	I63

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표2

「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색

약관에 규정하는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색은 통계청의 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서 (Ver.2016)」에서 정하는 내용을 따르며, 이후 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 적용합니다.

II-I-13. 열공성 뇌경색 증후군

세계보건기구(WHO)는 뇌졸중을 ‘뇌혈관 장애(뇌혈관의 폐쇄; 뇌허혈, 뇌경색, 뇌혈관의 파열; 뇌출혈)로 인하여 갑자기 국소 신경학적 장애 또는 의식장애가 발생하여 24 시간 이상 지속하는 경우’라고 정의하고 있다. 반면 일과성 뇌허혈은 24 시간 이내에 신경학적 장애가 회복되는 경 우이다.

뇌의 심부에 혈액을 공급하는 관통혈관(penetrating arteries)이 막히는 경우 작은 구멍처럼 병변이 나타나게 되는데 이를 열공성 뇌경색증(Lacunar infarction) 또는 열공성 뇌졸증(Lacunar stroke)이라고 한다.

열공성 뇌경색증은 아래와 같이 분류한다.

1) 현재 병태가 명확한 급성의 열공성 뇌경색 증후군(current lacunar infarction syndrome)은 ‘I63.58† 기타 대뇌동맥의 상세불명 폐쇄 또는 협착에 의한 뇌경색증(Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of other cerebral artery)과 G46._*뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군(Vascular syndromes of brain in cerebrovascular diseases)’으로 분류한다.

‘G46._*’ 코드는 열공의 유형에 따라 ‘G46.5* 순수운동성 열공증후군(Pure motor lacunar syndrome), G46.6* 순수감각성 열공증후군(Pure sensory lacunar syndrome), G46.7* 기타 열공증후군(Other lacunar syndromes)’에서 분류한다.

2) 열공성 뇌경색이 후속 병태의 원인으로 언급된 경우에는 후유증 분류원칙을 따른다. 즉, 후속병태(예: 편마비)를 먼저 분류하고 후유증을 나타내는 ‘I69.3 뇌경색증의 후유증(Sequelae of cerebral infarction)’ 코드를 추가로 부여한다.

영상검사결과(예: CT, MRI, transcranial doppler ultrasonography 등)에서 열공성 뇌경색이 기술되어 있으나 이에 대한 진단이 없다면 ‘R90.8 중주신경계통의 진단영상 검사 상 기타 이상소견(Other abnormal findings on diagnostic imaging of central nervous system)’ 코드로 분류할 수 있다.

급성뇌경색증진단특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“급성뇌경색증 II”의 정의 및 진단확정]

이 특약에서 “급성뇌경색증 II”라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(뇌경색증 분류표)에서 정한 질병에 해당하고 다음 각호를 모두 만족하는 경우를 말합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표2 참조) 중 뇌경색증(I63)으로 분류되지 않는 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.

1. “급성뇌경색증 II”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.
2. 이 진단은 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 뇌자기공명영상(brain MRI), 뇌혈관조영술 등 뇌영상검사에서 뇌경색증의 급성 발병을 나타내는 이상 소견을 근거로 하여야 합니다. 또한 병력·신경학적 검진에서 뇌영상검사와 일치하는 뇌경색증의 임상소견이 발병 당시 새롭게 출현하고 그 결과 영구적인 신경학적 결손(언어장애, 운동실조, 마비 등)이 나타남을 근거로 하여야 합니다. (여기서 “영구적인 신경학적 결손”이란 주관적인 자각증상(symptom)이 아니라 신경학적 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적 이상소견(sign)으로 나타난 영구적 장해를 말합니다.) 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 가. 이 특약의 보험기간 중에 “급성뇌경색증 II”로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
 - 나. 부검감정서상 사인이 “급성뇌경색증 II”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “급성뇌경색증 II 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성뇌경색증 II”로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “급성뇌경색증 II”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 또한, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌경색증”으로 진단 확정되었으나 급격한 상태 악화로 “영구적인 신경학적 결손”的 판정없이 사망한 경우에는 그 사망일을 “급성뇌경색증 II” 진단 확정일로 간주하고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 보험수익자는 사망일 이전에 급격한 상태 악화로 “영구적인 신경학적 결손”的 판정이 불가능하였다는 의사소견서를 회사에 제출하여야 합니다.
- ② 제1항에서 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ③ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ④ 제3항의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- ⑤ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

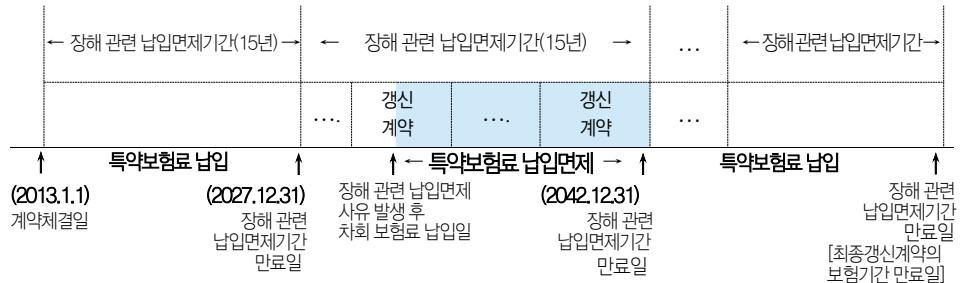
- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에

는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상 인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입 해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

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

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2~5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "급성뇌경색증 II 진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에

게 반환하여 드립니다.

④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

뇌경색증 분류표

① 약관에 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표2 참조) 중 뇌경색증(I63)으로 분류되지 않는 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.

대상 질병명	분류번호
· 뇌경색증	I63

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
-----------	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
-----------	---

별표2

「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색

약관에 규정하는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색은 통계청의 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서 (Ver.2016)」에서 정하는 내용을 따르며, 이후 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 적용합니다.

II-I-13. 열공성 뇌경색 증후군

세계보건기구(WHO)는 뇌졸중을 ‘뇌혈관 장애(뇌혈관의 폐쇄; 뇌허혈, 뇌경색, 뇌혈관의 파열: 뇌출혈)로 인하여 갑자기 국소 신경학적 장애 또는 의식장애가 발생하여 24시간 이상 지속하는 경우’라고 정의하고 있다. 반면 일과성 뇌허혈은 24시간 이내에 신경학적 장애가 회복되는 경우이다.

뇌의 심부에 혈액을 공급하는 관통혈관(penetrating arteries)이 막히는 경우 작은 구멍처럼 병변이 나타나게 되는데 이를 열공성 뇌경색증(Lacunar infarction) 또는 열공성 뇌졸중(Lacunar stroke)이라고 한다.

열공성 뇌경색증은 아래와 같이 분류한다.

1) 현재 병태가 명확한 급성의 열공성 뇌경색 증후군(current lacunar infarction syndrome)은 ‘I63.58† 기타 대뇌동맥의 상세불명 폐쇄 또는 협착에 의한 뇌경색증(Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of other cerebral artery)과 G46._*뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군(Vascular syndromes of brain in cerebrovascular diseases)’으로 분류한다.

‘G46._*’ 코드는 열공의 유형에 따라 ‘G46.5* 순수운동성 열공증후군(Pure motor lacunar syndrome), G46.6* 순수감각성 열공증후군(Pure sensory lacunar syndrome), G46.7* 기타 열공증후군(Other lacunar syndromes)’에서 분류한다.

2) 열공성 뇌경색이 후속 병태의 원인으로 언급된 경우에는 후유증 분류원칙을 따른다. 즉, 후속병태(예: 편마비)를 먼저 분류하고 후유증을 나타내는 ‘I69.3 뇌경색증의 후유증(Sequelae of cerebral infarction)’ 코드를 추가로 부여한다.

영상검사결과(예: CT, MRI, transcranial doppler ultrasonography 등)에서 열공성 뇌경색이 기술되어 있으나 이에 대한 진단이 없다면 ‘R90.8 중추신경계통의 진단영상 검사 상 기타 이상소견(Other abnormal findings on diagnostic imaging of central nervous system)’ 코드로 분류할 수 있다.

급성심근경색증진단특약II D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “급성심근경색증진단특약II D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지 환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 한국표준질병·사인분류 중 별표(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어 해설	<p><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.</p> <p><심장초음파 검사> 심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.</p> <p><관상동맥촬영술> 관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.</p> <p><심장 효소 검사> 심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.</p> <p><핵의학 검사> 방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.</p>
------------------------	--

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초1회에 한하여 보험수의자에게 아래 보험금을 “급성심근경색증진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신

체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한 시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1~4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개 월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “급성심근경색증진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우(특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우

해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>		
· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.		
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	
	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일
	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일
	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일
	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일
	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일
	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후
		50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none">1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	---

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 혈전 협병증	I23

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준 질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준 질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

급성심근경색증진단특약IIIN15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어

〈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.

〈관상동맥촬영술〉

관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.

<심장 효소 검사>

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.

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “급성심근경색증진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

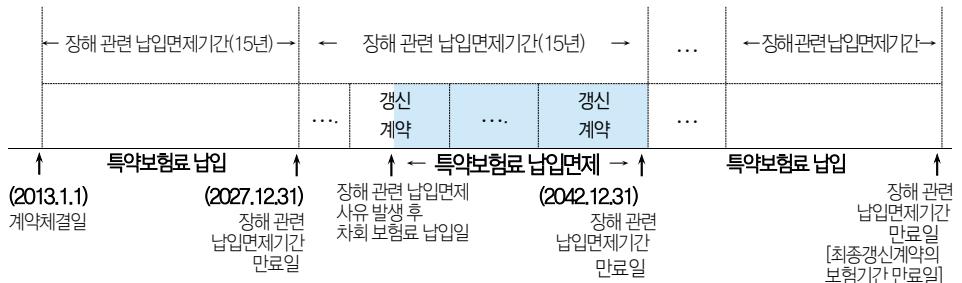
④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5 항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에

는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장애의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장 받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표

(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우

에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개 월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
----	-------------------------------------

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단보험금의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준 질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준 질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

급여3대질병MRI검사비지원특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 ["급여 자기공명영상진단(MRI) 검사"의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 “급여 자기공명영상진단(MRI) 검사”라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원이나 의원의 의사 또는 치과의사 면허를 가진 자(이하, 의사라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상진단(MRI)을 사용하는 의료행위를 말합니다.
- ② 제1항의 의료행위는 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2021-44호, 2021.3.5.시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 “영상진단 및 방사선치료료” 항목에서 급여 항목(다-246)이 발생한 경우(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 자기공명영상진단(MRI) 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

제2-1조의3 ["검사비대상 3대질병"의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “검사비대상 3대질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(검사비대상 3대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “검사비대상 3대질병”的 진단 확정은 의사에 의하여 내려져야 합니다.

제2-1조의4 [법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경]

- ① 「급여 자기공명영상진단(MRI) 인정기준」(이하 “인정기준”이라 합니다)이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다) 등의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제2-1조의2(“급여 자기공명영상진단(MRI) 검사”의 정의) 및 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “인정기

준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판단이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “인정기준”을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약 내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제4항에 따라 계약자에게 안내합니다.

④ 회사는 제3항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경일 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제3항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑦ 제3항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 “인정기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 관련법령 등의 개정으로 “인정기준”이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2-1조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 다음의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 “자기공명영상진단(MRI)검사비지원금”으로 지급합니다.

지급사유	이 특약의 보험기간 중 의사의 “검사비대상 3대질병”의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 “급여 자기공명영상진단(MRI) 검사”를 받은 경우 의료행위당 “자기공명영상진단(MRI)검사비지원금”을 지급합니다. (단, 보험연도 기준 연1회에 한하여 지급합니다.)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 0.5% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 0.25%

② 제1항의 “보험연도”는 당해 연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명	〈보험연도 계산 예시〉 보험계약일이 2016년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.
----	--

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합

니다. 여기서 "계약일부터 1년 이내"란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

② 제1항의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1~5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

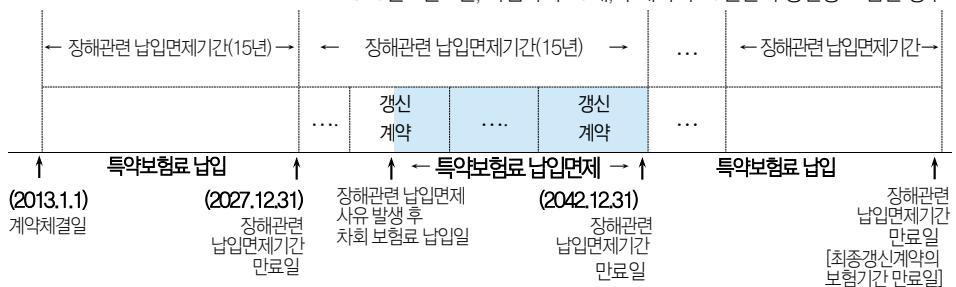
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간' 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2~6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2~2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2~7조 [사고증명서]

① 제1~4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 진료비세부내역서(급여 수가코드(EDI코드) 포함), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구 시 회사양식의 “급여수가코드(EDI코드 포함) 확인서”에 해당 내용을 작성하여 제출해야 합니다]

설명

· 급여수가코드는 「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 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 산출방법서에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
 - 다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
 - 나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
 - 단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

- 이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

검사비대상 3대질병 분류표

① 약관에 규정하는 “검사비대상 3대질병”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

구 분	대 상 질 병 명	분류번호
악성신생물	<ul style="list-style-type: none"> · 입술, 구강 및 인두의 악성신생물 · 소화기관의 악성신생물 · 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물 · 골 및 관절연골의 악성신생물 · 피부의 악성 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물 · 중피성 및 연조직의 악성신생물 · 유방의 악성신생물 · 여성생식기관의 악성신생물 · 남성생식기관의 악성신생물 · 요로의 악성신생물 · 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물 · 갑상선의 악성신생물(암) · 부신의 악성신생물(암) · 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암) · 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 · 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물 · 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물 · 진성 적혈구증가증 · 골수형성이상 증후군 · 만성 골수증식질환 · 본태성(출혈성) 혈소판혈증 · 골수섬유증 · 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군) 	C00~C14 C15~C26 C30~C39 C40~C41 C43~C44 C45~C49 C50 C51~C58 C60~C63 C64~C68 C69~C72 C73 C74 C75 C76~C80 C81~C96 C97 D45 D46 D47.1 D47.3 D47.4 D47.5
제자리신생물	<ul style="list-style-type: none"> · 구강, 식도 및 위의 제자리 암종 · 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종 · 중이 및 호흡계통의 제자리 암종 · 제자리 흑색종 · 피부의 제자리 암종 · 유방의 제자리 암종 · 자궁경부의 제자리 암종 · 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종 · 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종 	D00 D01 D02 D03 D04 D05 D06 D07 D09
행동양식 불명 또는 미상의 신생물	<ul style="list-style-type: none"> · 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 · 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 · 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 · 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 	D37 D38 D39 D40

대상질병명		분류번호
행동양식 불명 또는 미상의 신생물	· 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
	· 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
	· 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
	· 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
	· 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
	· 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
	· 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
	· 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
	· 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48
뇌혈관질환	· 거미막하출혈	I60
	· 뇌내출혈	I61
	· 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	· 뇌경색증	I63
	· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌출증	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
허혈심장질환	· 협심증	I20
	· 급성 심근경색증	I21
	· 후속심근경색증	I22
	· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	· 기타 급성 허혈심장질환	I24
	· 만성 허혈심장병	I25

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “검사비대상 3대질병”으로 분류되는 질병은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “검사비대상 3대질병”으로 분류되는 질병으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “검사비대상 3대질병”으로 분류되는 질병이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “검사비대상 3대질병”으로 분류되는 질병으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “검사비대상 3대질병”으로 분류되는 질병으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “검사비대상 3대질병”으로 분류되는 질병인 경우에는 약관에 서 규정하는 “검사비대상 3대질병”으로 분류되는 질병으로 봅니다.

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “검사비대상 3대질병”으로 분류되는 질병인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병 · 사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “검사비대상 3대질병”으로 분류되는 질병인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “검사비대상 3대질병”으로 분류되는 질병으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “검사비대상 3대질병”으로 분류되는 질병으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “검사비대상 3대질병”으로 분류되는 질병으로 보지 않습니다.

급여뇌심특정재활치료특약N5(갱신형, 무배당) 약관

※ 상품명칭의 “5”는 “갱신주기 5년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“뇌졸중”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표3 참조) 중 뇌경색증(I63)으로 분류되지 않는 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.
- ② “뇌졸중”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층 촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “뇌졸중”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의3 [“특정 허혈심장질환”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “특정 허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(특정 허혈심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “특정 허혈심장질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야

합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “특정 허혈심장질환”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “특정 허혈심장질환”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어 해설	<p><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.</p> <p><심장초음파 검사> 심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.</p> <p><관상동맥촬영술> 관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.</p> <p><심장 효소 검사> 심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.</p> <p><핵의학 검사> 방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.</p>
----------	--

제2-1조의4 [“급여 뇌심 특정재활치료(기본물리치료)”의 정의]

이 특약에 있어서 “급여 뇌심 특정재활치료(기본물리치료)”라 함은 “뇌졸중” 또는 “특정 허혈심장질환” 자체 또는 해당 질병 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 병원 또는 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 별표5[급여 뇌심 특정재활치료(기본물리치료) 분류표]에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 뇌심 특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

제2-1조의5 [“급여 뇌심 특정재활치료(단순재활치료)”의 정의]

이 특약에 있어서 “급여 뇌심 특정재활치료(단순재활치료)”라 함은 “뇌졸중” 또는 “특정 허혈심장질환” 자체 또는 해당 질병 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 병원 또는 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 별표6[급여 뇌심 특정재활치료(단순재활치료) 분류표]에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 뇌심 특정재활치료(단순재활치료) 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

제2-1조의6 [“급여 뇌심 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)”의 정의]

이 특약에 있어서 “급여 뇌심 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)”라 함은 “뇌졸중” 또는 “특정 허혈심장질환” 자체 또는 해당 질병 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 병원 또는 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 별표7[급여 뇌심 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 분류표]에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 뇌심 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

제2-1조의7 [법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경]

① 「급여 뇌심 특정재활치료(기본물리치료) 인정기준」, “급여 뇌심 특정재활치료(단순재활치료) 인정기준” 및 “급여 뇌

심 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”(이하 “인정기준”이라 합니다)이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다) 등의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제2-1조의4(“급여 뇌심 특정재활치료(기본물리치료)”의 정의), 제2-1조의5(“급여 뇌심 특정재활치료(단순재활치료)”의 정의), 제2-1조의6(“급여 뇌심 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)”의 정의) 및 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “인정기준”을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약 내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제4항에 따라 계약자에게 안내합니다.

④ 회사는 제3항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경일 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제3항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑦ 제3항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 “인정기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 관련법령 등의 개정으로 “인정기준”이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2-1조의8 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 「최초계약의 보장개시일 이후에 “뇌졸중”으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 “특정 허혈심장질환”으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 “급여 뇌심 특정재활치료(기본물리치료)”를 받은 경우 : 급여뇌심특정재활치료료보험금 I
(다만, “급여뇌심특정재활치료료보험금 I”은 1일 1회만 보장하며, 보험연도 기준 연20회에 한하여 보장합니다)

2. 피보험자가 「최초계약의 보장개시일 이후에 “뇌졸중”으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 “특정 허혈심장질환”으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 “급여 뇌심 특정재활치료(단순재활치료)”를 받은 경우 : 급여뇌심특정재활치료료보험금 II
(다만, “급여뇌심특정재활치료료보험금 II”은 1일 1회만 보장하며, 보험연도 기준 연20회에 한하여 보장합니다)

3. 피보험자가 「최초계약의 보장개시일 이후에 “뇌졸중”으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 “특정 허혈심장질환”으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 “급여 뇌심 특정재활치료(전문재활치료 및 기타

이학요법)”를 받은 경우 : 급여뇌심특정재활치료보험금Ⅲ

(다만, “급여뇌심특정재활치료보험금Ⅲ”은 1일 1회만 보장하며, 보험연도 기준 연20회에 한하여 보장합니다)

- ② 제1항 각 호의 “보험연도”는 당해 연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명

<보험연도 계산 예시>

보험계약일이 2016년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

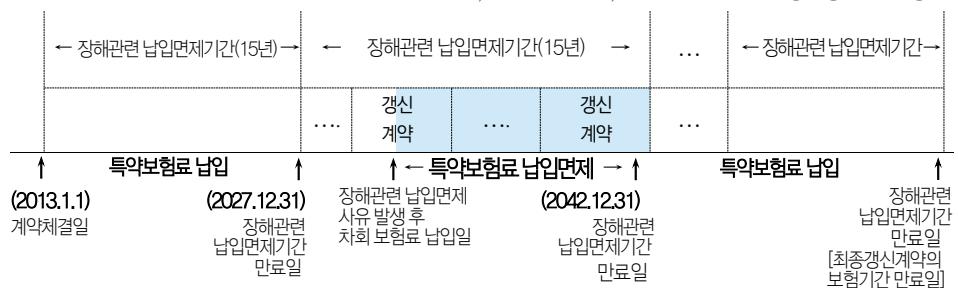
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

<장해 관련 납입면제기간 예시>

* 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



* 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

* 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

- ⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진료확인서(재활치료의 원인 포함), 진료비세부내역서(급여 수가코드(EDI코드) 포함), 진단서, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구 시 회사양식의 “급여수

가코드(EDI코드 포함) 확인서”에 해당 내용을 작성하여 제출해야 합니다]

설명

- 급여수가코드는 「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 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는

뜻을 회사에 통지한 경우

- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라고 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

(1) 급여뇌심특정재활치료보험금 I (약관 제2-2조 제1항 제1호)

지급사유	피보험자가 「최초계약의 보장개시일 이후에 “뇌졸중”으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 “특정 허혈심장질환”으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 “급여 뇌심 특정재활치료(기본물리치료)”를 받은 경우 (다만, “급여뇌심특정재활치료보험금 I”은 1일 1회만 보장하며, 보험연도 기준 연20회에 한하여 보장합니다)
지급금액	특약보험가입금액의 0.1%

(2) 급여뇌심특정재활치료보험금 II(약관 제2-2조 제1항 제2호)

지급사유	피보험자가 「최초계약의 보장개시일 이후에 “뇌졸중”으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 “특정 허혈심장질환”으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 “급여 뇌심 특정재활치료(단순재활치료)”를 받은 경우 (다만, “급여뇌심특정재활치료보험금 II”은 1일 1회만 보장하며, 보험연도 기준 연20회에 한하여 보장합니다)
지급금액	특약보험가입금액의 0.3%

(3) 급여뇌심특정재활치료보험금 III(약관 제2-2조 제1항 제3호)

지급사유	피보험자가 「최초계약의 보장개시일 이후에 “뇌졸중”으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 “특정 허혈심장질환”으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 “급여 뇌심 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)”를 받은 경우 (다만, “급여뇌심특정재활치료보험금 III”은 1일 1회만 보장하며, 보험연도 기준 연20회에 한하여 보장합니다)
지급금액	특약보험가입금액의 0.6%

별표2

뇌졸중 분류표

① 약관에 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표3 참조) 중 뇌경색증(I63)으로 분류되지 않는 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.

대상 질병명	분류번호
· 거미막하출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내출혈	I62
· 뇌경색증	I63
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명
피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명
진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

별표3

「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색

약관에 규정하는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색은 통계청의 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서 (Ver.2016)」에서 정하는 내용을 따르며, 이후 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 적용합니다.

II-I-13. 열공성 뇌경색 증후군

세계보건기구(WHO)는 뇌졸중을 ‘뇌혈관 장애(뇌혈관의 폐쇄; 뇌허혈, 뇌경색, 뇌혈관의 파열; 뇌출혈)로 인하여 갑자기 국소 신경학적 장애 또는 의식장애가 발생하여 24 시간 이상 지속하는 경우’라고 정의하고 있다. 반면 일과성 뇌허혈은 24 시간 이내에 신경학적 장애가 회복되는 경우이다.

뇌의 심부에 혈액을 공급하는 관통혈관(penetrating arteries)이 막히는 경우 작은 구멍처럼 병변이 나타나게 되는데 이를 열공성 뇌경색증(Lacunar infarction) 또는 열공성 뇌졸중(Lacunar stroke)이라고 한다.

열공성 뇌경색증은 아래와 같이 분류한다.

1) 현재 병태가 명확한 급성의 열공성 뇌경색 증후군(current lacunar infarction syndrome)은 ‘I63.58† 기타 대뇌동맥의 상세불명 폐쇄 또는 협착에 의한 뇌경색증(Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of other cerebral artery)과 G46._*뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군(Vascular syndromes of brain in cerebrovascular diseases)’으로 분류한다.

‘G46._*’ 코드는 열공의 유형에 따라 ‘G46.5* 순수운동성 열공증후군(Pure motor lacunar syndrome), G46.6* 순수감각성 열공증후군(Pure sensory lacunar syndrome), G46.7* 기타 열공증후군(Other lacunar syndromes)’에서 분류한다.

2) 열공성 뇌경색이 후속 병태의 원인으로 언급된 경우에는 후유증 분류원칙을 따른다. 즉, 후속병태(예: 편마비)를 먼저 분류하고 후유증을 나타내는 ‘I69.3 뇌경색증의 후유증(Sequelae of cerebral infarction)’ 코드를 추가로 부여한다.

영상검사결과(예: CT, MRI, transcranial doppler ultrasonography 등)에서 열공성 뇌경색이 기술되어 있으나 이에 대한 진단이 없다면 ‘R90.8 중추신경계통의 진단영상 검사 상 기타 이상소견(Other abnormal findings on diagnostic imaging of central nervous system)’ 코드로 분류할 수 있다.

별표4

특정 허혈심장질환 분류표

① 약관에 규정하는 '특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병'은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 불안정협심증	I20.0
· 연축의 기재가 있는 협심증	I20.1
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 혼존 합병증	I23
· 심근경색증을 유발하지 않은 관상동맥혈전증	I24.0
· 드레슬러증후군	I24.1

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
-----------	---

별표5

급여 뇌심 특정재활치료(기본물리치료) 분류표

약관에 규정하는 “급여 뇌심 특정재활치료(기본물리치료)”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2020-294호, 2021.1.1시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

대상이 되는 항목	진료행위코드
단순운동치료[1일당]	MM101

(주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 “급여 뇌심 특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”이 폐지 또는 변경된 경우에는 해당시점의 관련법령에 따른 “급여 뇌심 특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”을 적용 합니다. 다만, 관련법령 개정으로 “급여 뇌심 특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 뇌심 특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”을 따릅니다.

별표6

급여 뇌심 특정재활치료(단순재활치료) 분류표

약관에 규정하는 “급여 뇌심 특정재활치료(단순재활치료)”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2020-294호, 2021.1.1시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

대상이 되는 항목	진료행위코드
운동치료-복합운동치료[1일당]	MM102
운동치료-등속성운동치료[1일당]	MM103
압박치료[1일당]	MM190
복합림프물리치료[1일당]	MM200

(주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 “급여 뇌심 특정재활치료(단순재활치료) 인정기준”이 폐지 또는 변경된 경우에는 해당시점의 관련법령에 따른 “급여 뇌심 특정재활치료(단순재활치료) 인정기준”을 적용 합니다. 다만, 관련법령 개정으로 “급여 뇌심 특정재활치료(단순재활치료) 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 뇌심 특정재활치료(단순재활치료) 인정기준”을 따릅니다.

별표7

급여 뇌심 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 분류표

약관에 규정하는 “급여 뇌심 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2020-294호, 2021.1.1시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

대상이 되는 항목	진료행위코드
중추신경계발달재활치료	MM105
작업치료-단순작업치료	MM111
작업치료-복합작업치료	MM112
작업치료-특수작업치료	MM113
일상생활동작훈련치료[1일당]	MM114
기능적전기자극치료	MM151
재활기능치료-매트및이동치료	MM301
재활기능치료-보행치료	MM302
연하장애재활치료	MX141
연하재활 기능적전기자극치료	MZ008
심장재활교육	MM451
심장재활평가	MM452
심장재활치료	MM453

(주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 “급여 뇌심 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”이 폐지 또는 변경된 경우에는 해당시점의 관련법령에 따른 “급여 뇌심 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”을 적용합니다. 다만, 관련법령 개정으로 “급여 뇌심 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 뇌심 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”을 따릅니다.

급여암특정재활치료특약N5(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “5”는 “갱신주기 5년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
 - 가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 다. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명

<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.

- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(기타 피부의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(갑상선의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의3 [“급여 암 특정재활치료(기본물리치료)”의 정의]

이 특약에 있어서 “급여 암 특정재활치료(기본물리치료)”라 함은 암 자체 또는 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 병원 또는 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 별표5[급여 암 특정재활치료(기본물리치료) 분류표]에 해당하는 진료행위(‘국민건강보험법’에서 정한 요양급여 또는 ‘의료급여법’에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 암 특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”이라 합니다]를 말합니다.

제2-1조의4 [“급여 암 특정재활치료(단순재활치료)”의 정의]

이 특약에 있어서 “급여 암 특정재활치료(단순재활치료)”라 함은 암 자체 또는 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 병원 또는 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 별표6[급여 암 특정재활치료(단순재활치료) 분류표]에 해당하는 진료행위(‘국민건강보험법’에서 정한 요양급여 또는 ‘의료급여법’에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 암 특정재활치료(단순재활치료) 인정기준”이라 합니다]를 말합니다.

제2-1조의5 [“급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)”의 정의]

이 특약에 있어서 “급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)”라 함은 암 자체 또는 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 병원 또는 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 별표7[급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 분류표]에 해당하는 진료행위(‘국민건강보험법’에서 정한 요양급여 또는 ‘의료급여법’에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”이라 합니다]를 말합니다.

제2-1조의6 [법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경]

- ① 「급여 암 특정재활치료(기본물리치료) 인정기준」, 「급여 암 특정재활치료(단순재활치료) 인정기준」 및 「급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준」(이하 “인정기준”이라 합니다)이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다) 등의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제2-1조의3(“급여 암 특정재활치료(기본물리치료)”의 정의), 제2-1조의4(“급여 암 특정재활치료(단순재활치료)”의 정의), 제2-1조의5(“급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)”의 정의) 및 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “인정기준”을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약 내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제4항에 따라 계약자에게 안내합니다.
- ④ 회사는 제3항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가

능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경일 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑥ 제3항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑦ 제3항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 “인정기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 관련법령 등의 개정으로 “인정기준”이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2-1조의7 [특약의 보장개시일]

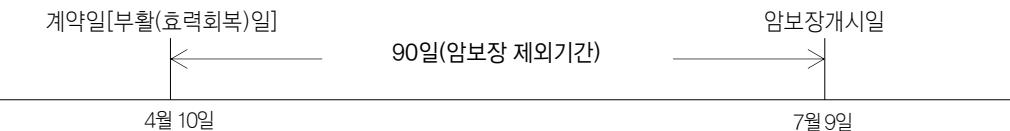
① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 제2-1조의2(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 최초 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일] 현재 피보험자가 15세 미만인 경우, 암보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]로 하며, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



※ 기타피부암 또는 갑상선암의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

※ 피보험자가 15세 미만인 경우 암보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 「최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 “기타 피부암 또는 갑상선암”으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 “급여 암 특정재활치료(기본물리치료)”를 받은 경우 : 급여암특정재활치료보험금 I
(다만, “급여암특정재활치료보험금 I”은 1일 1회만 보장하며, 보험연도 기준 연10회에 한하여 보장합니다)

2. 피보험자가 「최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 “기타 피부암 또는 갑상선암”으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 “급여 암 특정재활치료(단순재활치료)”를 받은 경우 : 급여암특정재활치료보험금Ⅱ
 (다만, “급여암특정재활치료보험금Ⅱ”은 1일 1회만 보장하며, 보험연도 기준 연10회에 한하여 보장합니다)
3. 피보험자가 「최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 “기타 피부암 또는 갑상선암”으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 “급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)”를 받은 경우 : 급여암특정재활치료보험금Ⅲ
 (다만, “급여암특정재활치료보험금Ⅲ”은 1일 1회만 보장하며, 보험연도 기준 연10회에 한하여 보장합니다)
- ② 제1항 각 호의 “보험연도”는 당해 연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명	〈보험연도 계산 예시〉
	보험계약일이 2016년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

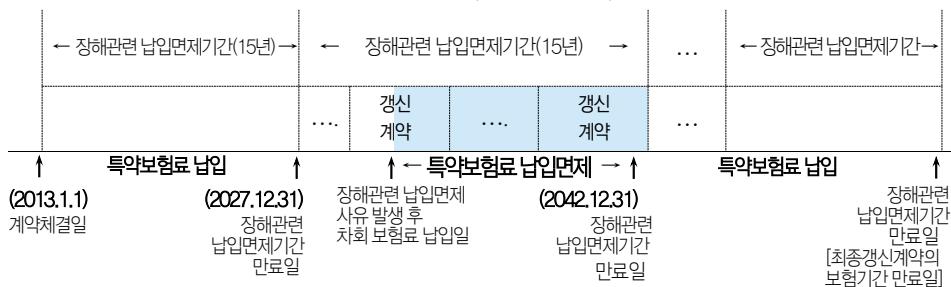
제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

- ⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장애의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진료확인서(재활치료의 원인 포함), 진료비세부내역서(급여 수가코드(EDI코드) 포함), 진단서, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구 시 회사양식의 “급여수 가코드(EDI코드 포함) 확인서”에 해당 내용을 작성하여 제출해야 합니다.]

설명	· 급여수가코드는 「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 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라고 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 ["특약의 무효"에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 최초계약의 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2("암" 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

(1) 급여암특정재활치료보험금 I (약관 제2-2조 제1항 제1호)

지급사유	피보험자가 「최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 “기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 “급여 암 특정재활치료(기본물리치료)”를 받은 경우 (다만, “급여암특정재활치료보험금 I”은 1일 1회만 보장하며, 보험연도 기준 연10회에 한하여 보장합니다)
지급금액	특약보험가입금액의 0.1%

(2) 급여암특정재활치료보험금 II(약관 제2-2조 제1항 제2호)

지급사유	피보험자가 「최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 “기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 “급여 암 특정재활치료(단순재활치료)”를 받은 경우 (다만, “급여암특정재활치료보험금 II”은 1일 1회만 보장하며, 보험연도 기준 연10회에 한하여 보장합니다)
지급금액	특약보험가입금액의 0.3%

(3) 급여암특정재활치료보험금III(약관 제2-2조 제1항 제3호)

지급사유	피보험자가 「최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 “기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 “급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)”를 받은 경우 (다만, “급여암특정재활치료보험금 III”은 1일 1회만 보장하며, 보험연도 기준 연10회에 한하여 보장합니다)
지급금액	특약보험가입금액의 0.6%

별표2

악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.	

- ② 진단시점에 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·

사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	--

별표3

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

별표4

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표5

급여 암 특정재활치료(기본물리치료) 분류표

약관에 규정하는 “급여 암 특정재활치료(기본물리치료)”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2020-294호, 2021.1.1시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

대상이 되는 항목	진료행위코드
단순운동치료[1일당]	MM101

(주)「국민건강보험법」또는「의료급여법」등의 관련법령 개정으로 “급여 암 특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”이 폐지 또는 변경된 경우에는 해당시점의 관련법령에 따른 “급여 암 특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”을 적용합니다. 다만, 관련법령 개정으로 “급여 암 특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 암 특정재활치료(기본물리치료) 인정기준”을 따릅니다.

별표6

급여 암 특정재활치료(단순재활치료) 분류표

약관에 규정하는 “급여 암 특정재활치료(단순재활치료)”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2020-294호, 2021.1.1시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

대상이 되는 항목	진료행위코드
운동치료-복합운동치료[1일당]	MM102
운동치료-등속성운동치료[1일당]	MM103
압박치료[1일당]	MM190
복합림프물리치료[1일당]	MM200

(주)「국민건강보험법」또는「의료급여법」등의 관련법령 개정으로 “급여 암 특정재활치료(단순재활치료) 인정기준”이 폐지 또는 변경된 경우에는 해당시점의 관련법령에 따른 “급여 암 특정재활치료(단순재활치료) 인정기준”을 적용합니다. 다만, 관련법령 개정으로 “급여 암 특정재활치료(단순재활치료) 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 암 특정재활치료(단순재활치료) 인정기준”을 따릅니다.

별표7

급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 분류표

약관에 규정하는 “급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2020-294호, 2021.1.1시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

대상이 되는 항목	진료행위코드
재활기능치료-매트및이동치료	MM301
재활기능치료-보행치료	MM302
작업치료-단순작업치료	MM111
작업치료-복합작업치료	MM112
작업치료-특수작업치료	MM113
일상생활동작훈련치료[1일당]	MM114
연하재활 기능적전기자극치료	MZ008
연하장애재활치료	MX141
항문직장및골반근의생체되먹이기치료[1일당]	MX031

(주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 “급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”이 폐지 또는 변경된 경우에는 해당시점의 관련법령에 따른 “급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”을 적용합니다. 다만, 관련법령 개정으로 “급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 암 특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법) 인정기준”을 따릅니다.

급여암특정통증완화치료특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

연계약해당일: 계약일부터 1년마다 돌아오는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병

나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병

다. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명	<p><원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시></p> <ul style="list-style-type: none"> · 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.
-----------	---

② “암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“급여 암 특정통증완화치료”의 정의]

이 특약에 있어서 “급여 암 특정통증완화치료”라 함은 피보험자의 진단확정 된 “암”의 통증 완화를 목적으로 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. “급여 신경차단술”을 받은 경우

“급여 신경차단술”이라 함은 별표2(급여 신경차단술 분류표)에 해당하는 진료행위(‘국민건강보험법’에서 정한 요양급여 또는 ‘의료급여법’에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 신경차단술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

2. “급여 신경파괴술”을 받은 경우

“급여 신경파괴술”이라 함은 별표3(급여 신경파괴술 분류표)에 해당하는 진료행위(‘국민건강보험법’에서 정한 요양급여 또는 ‘의료급여법’에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 신경파괴술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

3. “급여 마약성 진통제”를 “연간 30일이상 처방”받은 경우

가. “급여 마약성 진통제”라 함은 아래의 약효분류번호에 해당하는 약제(‘국민건강보험법’에서 정한 요양급여 또는 ‘의료급여법’에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 마약성 진통제 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

[유의사항]

<급여 마약성 진통제>

- “급여 마약성 진통제”란 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호가 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890에 해당하는 약제를 말합니다.
- 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호는 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 분류됩니다.

나. “연간 30일이상 처방”이라 함은 “급여 마약성 진통제”의 “연간” 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 “급여 마약성 진통제”를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30일이상인 경우를 말합니다. “연간”이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 연계약해당일 전일 까지의 기간을 말하며, 처방일수 합산시 기준일자는 “급여 마약성 진통제”를 처방받은 날로 합니다.

제2-1조의5 [법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경]

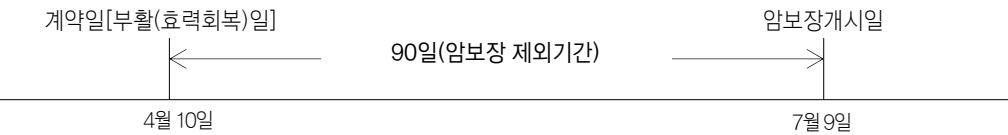
① 제2-1조의4(“급여 암 특정통증완화치료”의 정의)에서 정한 “급여 신경차단술 인정기준”, “급여 신경파괴술 인정기준”, “급여 마약성 진통제 인정기준”(이하 “인정기준”이라 합니다)이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다) 등의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

- ② 제2-1조의4(“급여 암 특정통증완화치료”의 정의) 및 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “인정기준”을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약 내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제4항에 따라 계약자에게 안내합니다.
- ④ 회사는 제3항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경일 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑥ 제3항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑦ 제3항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제1항에도 불구하고 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 “인정기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 관련법령 등의 개정으로 “인정기준”이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2-1조의6 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

- ① 회사는 피보험자가 최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 “암”的 통증완화를 목적으로 「급여 암 특정통증완화치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 5%를 “급여암 특정통증완화치료보험금”으로 지급합니다. 다만, “급여암특정통증완화치료보험금”은 보험연도 기준 연1회에 한하여

보장합니다.

② 제1항의 “보험연도”는 당해 연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명

<보험연도 계산 예시>

보험계약일이 2016년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

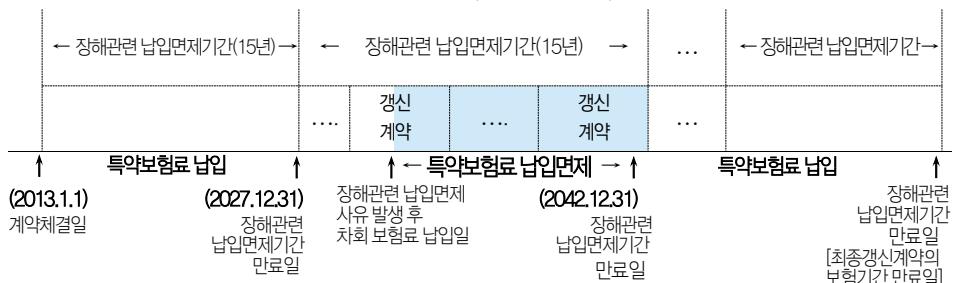
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

<장해 관련 납입면제기간 예시>

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진료확인서(통증의 원인 포함), 진료비세부내역서(급여 수가코드(EDI코드) 포함), 요양급여비용 명세서(상병명 및 총 투여일수 포함), 진단서, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.
[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구 시 회사양식의 “급여

수가코드(EDI코드 포함) 확인서”에 해당 내용을 작성하여 제출해야 합니다]

설명	· 급여수가코드는 「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 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는

뜻을 회사에 통지한 경우

- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라고 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3(“임”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “임”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

- 가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
- 나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간> 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.
----	---

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

- 이 때, 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 1

악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·

사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표2

급여 신경차단술 분류표

약관에 규정하는 “약관에 규정하는 급여 신경차단술”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2020-294호, 2021.1.1시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료 행위코드를 말합니다.

대상이 되는 항목	진료행위코드
지주막하 신경차단술	LA210
경막외 신경차단술-일회성 차단	LA321, LA322
경막외 신경차단술-지속적 차단	LA222~LA228
경막외 저장기DCF 제거술	LA330
뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	LA340, LA341, LA232~LA234
척수신경말초지차단술	LA241~LA245, LA247~LA249, LA346, LA347, LA270~LA276
척수신경총, 신경근 및 신경절차단술	LA251, LA253, LA352~LA359
교감신경총 및 신경절차단술	LA261, LA264, LA265, LA361, LA362, LA366, LA367

- (주) 1. 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」의 개정에 따라 변경된 경우에는 해당시점의 법령에 따른 수가코드기준을 적용합니다.
2. 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 "신경차단술 인정기준"이 폐지 또는 변경된 경우에는 해당시점의 관련법령에 따른 "신경차단술 인정기준"을 적용합니다. 다만, 관련법령 개정으로 "신경차단술 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 "신경차단술 인정기준"을 따릅니다.

별표3

급여 신경파괴술 분류표

약관에 규정하는 “급여 신경파괴술”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2020-294호, 2021.1.1시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

대상이 되는 항목	진료행위코드
지주막하신경파괴술	LB310
경막외신경파괴술	LB320
뇌신경및뇌신경말초지파괴술	LB331, LB333~LB336
척수신경및말초지파괴술	LB341~LB346
교감신경절및신경총파괴술	LB351, LB353~LB355, LB412, LB413

(주) 1. 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」의 개정에 따라 변경된 경우에는 해당시점의 법령에 따른 수가코드기준을 적용합니다.

2. 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 "신경파괴술 인정기준"이 폐지 또는 변경된 경우에는 해당시점의 관련법령에 따른 "신경파괴술 인정기준"을 적용합니다. 다만, 관련법령 개정으로 "신경파괴술 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 "신경파괴술 인정기준"을 따릅니다.

급여 양전자단층촬영(PET)검사비지원특약N15(갱신형,무배당)약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 ["급여 양전자단층촬영(PET)"의 정의]

- ① 이 특약에서 “급여 양전자단층촬영(PET) 검사”라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원이나 의원의 의사 또는 치과의사 면허를 가진 자(이하, 의사라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 양전자단층촬영(PET)을 사용하는 의료행위를 말합니다.
- ② 제1항의 의료행위는 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2021-44호, 2021.3.5.시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 “영상진단 및 방사선치료료” 항목에서 급여 항목(다-339)이 발생한 경우(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 양전자단층촬영(PET) 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

제2-1조의3 [법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경]

- ① 「급여 양전자단층촬영(PET) 인정기준」(이하 “인정기준”이라 합니다)이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다) 등의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제2-1조의2(“급여 양전자단층촬영(PET) 검사”의 정의) 및 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판단이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “인정기준”을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 특약 내용의 변경이 필요한 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약 내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제4항에 따라 계약자에게 안내합니다.

- ④ 회사는 제3항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경일 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑥ 제3항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑦ 제3항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제1항에도 불구하고 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "인정기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 관련법령 등의 개정으로 "인정기준"이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 다음의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 "급여양전자단층촬영(PET)검사비지원금"으로 지급합니다.

지급사유	이 특약의 보험기간 중 의사의 필요소견을 토대로 "급여양전자단층촬영(PET)" 검사를 받은 경우 의료행위당 급여양전자단층촬영(PET)검사비지원금을 지급합니다. (단, 보험연도 기준 연1회에 한하여 지급합니다.)
지급금액	<ul style="list-style-type: none"> - 최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 0.5% - 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 0.25% <p>※ 단, 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 「보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우」의 지급금액은 "최초계약의 계약일부터 1년 초과" 시와 동일하게 적용합니다.</p>

② 제1항의 "보험연도"는 당해 연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명

〈보험연도 계산 예시〉

보험계약일이 2016년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 "계약일부터 1년 이내"란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ② 제1항의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간' 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

- ⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

- ⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장애의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는

그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 진료비세부내역서(급여 수가코드(EDI코드) 포함), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구 시 회사양식의 “급여수가코드(EDI코드 포함) 확인서”에 해당 내용을 작성하여 제출해야 합니다]

설명	· 급여수가코드는 「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 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 산출방법서에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간

만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

깁스치료(부목제외)특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“깁스(Cast)치료”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “깁스(Cast)치료”라 함은 「의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)」가 직접적인 치료를 목적으로 “깁스(Cast)치료”가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.
- ② 제1항에서 ‘부목치료’라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해 또는 재해 이외의 원인으로 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우에는 보험수익자에게 “깁스(Cast)치료” 1회당 특약보험가입금액의 1%를 “깁스치료보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

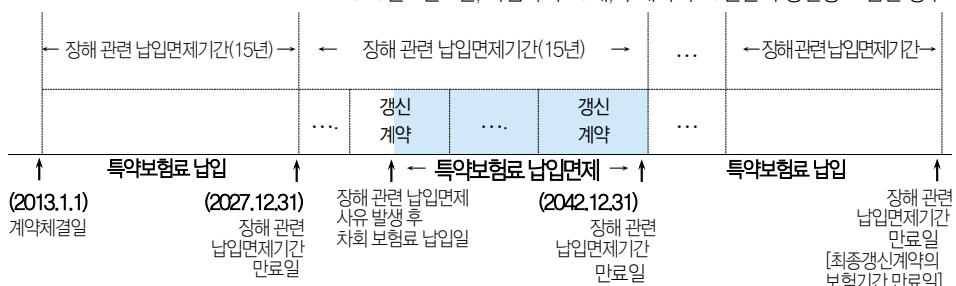
- ① 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 길스(Cast)치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 길스(Cast)치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 길스치료보험금을 지급합니다.
- ② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

- ⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

- ⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장 받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “깁스치료증명서, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다

제 3 관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
3. 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
4. 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
5. 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
 - 다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
 - 나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
 - 단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간> 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.
----	---

- 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
 - 이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

깁스치료(부목제외)특약ⅡD(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “깁스치료(부목제외)특약ⅡD(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “깁스(Cast)치료”라 함은 「의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 직접적인 치료를 목적으로 “깁스(Cast)치료”가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.
- ② 제1항에서 ‘부목치료’라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해 또는 재해 이외의 원인으로 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우에는 보험수익자에게 “깁스(Cast)치료” 1회당 특약보험가입금액의 1%를 “깁스치료보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 긱스(Cast)치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 긱스(Cast)치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 긱스치료보험금을 지급합니다.
- ② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참

조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 급스치료증명서, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우

에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개 월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.
기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

설명	<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시> · 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유점3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none"> 1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다. 2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	--

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

남성특정수술보장특약D(무배당) 약관

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

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

제2-1조의2 [“남성특정질병”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “남성특정질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(남성특정질병 분류표)에서 정한 「남성 특정 생식기 질환」, 「특정 비뇨기계질환」, 「탈장」을 말합니다.
- ② “남성특정질병”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 및 한의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단에 의합니다.

제2-1조의3 [“수술”的 정의와 장소]

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 “의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사”가 피보험자의 「남성 특정 생식기 질환」, 「특정 비뇨기계질환」, 「탈장」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어	〈절단(切斷)〉
해설	특정부위를 잘라 내는 것
	〈절제(切除)〉
	특정부위를 잘라 없애는 것
	〈신의료기술평가위원회〉
	의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적인 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등]은 수술에서 제외됩니다.

용어	<흡인(吸引)>
해설	주사기 등으로 빨아 들이는 것 <천자(穿刺)> 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. (각각 최초1회에 한하여 지급합니다)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “남성 특정 생식기 질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 : 남성 특정 생식기질환수술보험금
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정 비뇨기계질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우: 특정 비뇨기계질환수술보험금
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “탈장”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 : 탈장수술보험금

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는

그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장 받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "해당 질병 진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제 2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
 - 나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간> 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.
----	---

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1~4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1~5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2~13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2~14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2~14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2~15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1**보험금 지급기준표****(1) 남성 특정 생식기질환수술보험금(약관 제2-2조 제1호)**

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “남성 특정 생식기 질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(단, 최초1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 3%

(2) 특정 비뇨기계질환수술보험금(약관 제2-2조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정 비뇨기계질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(단, 최초1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 3%

(3) 탈장수술보험금(약관 제2-2조 제3호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “탈장”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(단, 최초1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 3%

별표2

남성특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

구 분	대 상 질 병 명	분류번호
남성 특정 생식기 질환	<ul style="list-style-type: none"> · 전립선증식증 · 전립선의 염증성 질환 · 전립선의 기타 장애 · 음낭수종 및 정액류 · 고환의 염전 · 고환염 및 부고환염 · 달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애 · 남성생식기관의 기타 장애 · 달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애 · 기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증(편모충성 전립선염) · 볼거리고환염 	N40 N41 N42 N43 N44 N45 N49 N50 N51 A59.08 B26.0
사구체질환	<ul style="list-style-type: none"> · 급성 신염증후군 · 급속 진행성 신염증후군 · 재발성 및 지속성 혈뇨 · 만성 신염증후군 · 신증후군 · 상세불명의 신염증후군 · 명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨 · 달리 분류되지 않은 유전성 신장병증 · 달리 분류된 질환에서의 사구체장애 	N00 N01 N02 N03 N04 N05 N06 N07 N08
특정 비뇨기계질환	<ul style="list-style-type: none"> · 급성 세뇨관-간질신장염 · 만성 세뇨관-간질신장염 · 급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염 · 폐색성 및 역류성 요로병증 · 약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태 · 기타 신세뇨관-간질질환 · 달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애 	N10 N11 N12 N13 N14 N15 N16
신장 및 요관의 기타 장애	<ul style="list-style-type: none"> · 신세뇨관 기능손상으로 인한 장애 · 상세불명의 신장위축 · 원인불명의 작은 신장 · 달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애 	N25 N26 N27 N28
방광의 기타질환	<ul style="list-style-type: none"> · 방광염 · 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애 · 방광의 기타 장애 	N30 N31 N32

구 분	대 상 질 병 명	분류번호
탈장	<ul style="list-style-type: none"> · 사타구니탈장 · 대퇴탈장 · 배꼽탈장 · 복벽탈장 · 횡격막탈장 · 기타 복부탈장 · 상세불명의 복부탈장 	K40 K41 K42 K43 K44 K45 K46

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병 · 사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
----	---

남성특정수술보장특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“남성특정질병”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “남성특정질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(남성특정질병 분류표)에서 정한 「남성 특정 생식기 질환」, 「특정 비뇨기계질환」, 「탈장」을 말합니다.
- ② “남성특정질병”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 및 한의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단에 의합니다.

제2-1조의3 [“수술”의 정의와 장소]

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 “의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사”가 피보험자의 「남성 특정 생식기 질환」, 「특정 비뇨기계질환」, 「탈장」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어	< 절단(切斷) >
해설	특정부위를 잘라 내는 것
	< 절제(切除) >
	특정부위를 잘라 없애는 것
	< 신의료기술평가위원회 >
	의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등]은 수술에서 제외됩니다.

용어 해설	<흡인(吸引)> 주사기등으로 빨아들이는 것 <천자(穿刺)> 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
----------	---

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 3개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.(각각 최초1회에 한하여 지급합니다)

1. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “남성 특정 생식기 질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 : 남성 특정 생식기질환수술보험금
2. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “특정 비뇨기계질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우: 특정 비뇨기계질환수술보험금
3. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “탈장”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 : 탈장수술보험금

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

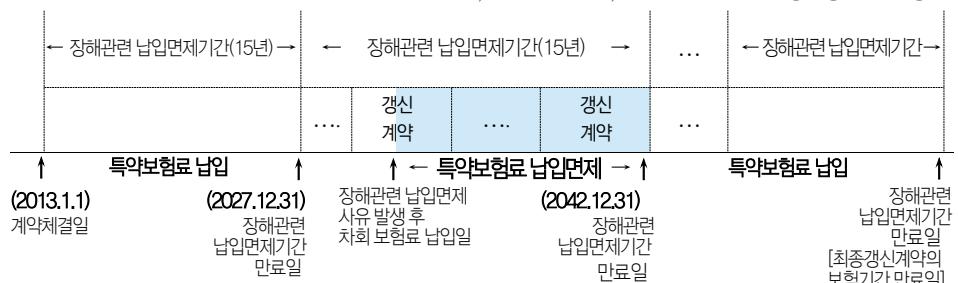
- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5 항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이

상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장애의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장 받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하

지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [“특약의 체결”에 대한 특칙]

이 특약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장을 가입해야 합니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

- ③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 세부 보장은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의 3 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며, 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해

지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

④ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제2-12조의2 [“특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입”에 관한 특칙]

제1-11조[특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]에도 불구하고, 이 특약의 보험기간 중 제2-12조(특약의 소멸) 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입해야 합니다.

제2-12조의3 [“보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)”에 관한 특칙]

제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 때,

계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다. 단, 이미 보험금이 지급사유가 발생한 세부보장은 제외합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1**보험금 지급기준표****(1) 남성 특정 생식기질환수술보험금(약관 제2-2조 제1호)**

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “남성 특정 생식기 질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(단, 최초1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 3%

(2) 특정 비뇨기계질환수술보험금(약관 제2-2조 제2호)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “특정 비뇨기계질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(단, 최초1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 3%

(3) 탈장수술보험금(약관 제2-2조 제3호)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “탈장”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(단, 최초1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 3%

별표2

남성특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

구 분	대 상 질 병 명	분류번호
남성 특정 생식기 질환	<ul style="list-style-type: none"> · 전립선증증 · 전립선의 염증성 질환 · 전립선의 기타 장애 · 음낭수종 및 정액류 · 고환의 염전 · 고환염 및 부고환염 · 달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애 · 남성생식기관의 기타 장애 · 달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애 · 기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증(편모충성 전립선염) · 불거리고환염 	N40 N41 N42 N43 N44 N45 N49 N50 N51 A59.08 B26.0
사구체질환	<ul style="list-style-type: none"> · 급성 신염증후군 · 급속 진행성 신염증후군 · 재발성 및 지속성 혈뇨 · 만성 신염증후군 · 신증후군 · 상세불명의 신염증후군 · 명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨 · 달리 분류되지 않은 유전성 신장병증 · 달리 분류된 질환에서의 사구체장애 	N00 N01 N02 N03 N04 N05 N06 N07 N08
특정 비뇨기계질환	<ul style="list-style-type: none"> · 급성 세뇨관-간질신장염 · 만성 세뇨관-간질신장염 · 급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염 · 폐색성 및 역류성 요로병증 · 약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태 · 기타 신세뇨관-간질질환 · 달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애 	N10 N11 N12 N13 N14 N15 N16
신장 및 요관의 기타 장애	<ul style="list-style-type: none"> · 신세뇨관 기능손상으로 인한 장애 · 상세불명의 신장위축 · 원인불명의 작은 신장 · 달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애 	N25 N26 N27 N28
방광의 기타질환	<ul style="list-style-type: none"> · 방광염 · 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애 · 방광의 기타 장애 	N30 N31 N32

구 분	대 상 질 병 명	분류번호
탈장	· 사타구니탈장 · 대퇴탈장 · 배꼽탈장 · 복벽탈장 · 횡격막탈장 · 기타 복부탈장 · 상세불명의 복부탈장	K40 K41 K42 K43 K44 K45 K46

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병 · 사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “남성특정질병으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
----	---

뇌심질환수술보장특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “뇌심질환수술보장특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“뇌심질환”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌심질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(뇌심질환 분류표)에서 정한 “뇌질환” 및 “심질환”을 말합니다.
- ② “뇌심질환”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사 및 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의4 [“수술”의 정의와 장소]

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “뇌질환” 또는 “심질환”的 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신

의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어	< 절단(切斷) >
해설	특정부위를 잘라 내는 것
	< 절제(切除) >
	특정부위를 잘라 없애는 것
	<신의료기술평가위원회>
	의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 아래에서 정한 사항은 수술에서 제외됩니다.

1. 흡인, 천자 등의 조치
2. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
3. 미용 성형상의 수술
4. 피임(避妊) 목적의 수술
5. 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등]

용어	< 흡인(吸引) >
해설	주사기 등으로 빨아들이는 것
	< 천자(穿刺) >
	바늘 또는 관을 끌어 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

④ 이 특약에 있어서 “관혈수술”, “내시경수술”, “카테터수술”, “신의료수술”이라 함은 다음과 같습니다.

1. “관혈수술”이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
2. “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.
3. “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.
4. “신의료수술”이라 함은 관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당 부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 악성신생물(암) 근치 · 두개내신생물 근치 사이버나 이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy) 및 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료를 포함합니다.

제2-1조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 지급합니다.

1. 뇌심질환 관혈수술 보험금

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌심질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받았을 때
지급금액	특약보험가입금액의 30% ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준하여 보험금을 지급합니다.

2. 뇌심질환 비관혈수술 보험금

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌심질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 때
지급금액	특약보험가입금액의 10% ※ 단, “뇌질환” 및 “심질환” 각각의 질병(2가지)당 보험연도 기준 연1회의 수술에 한하여 보장합니다.

② 제1항의 “보험연도”는 당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 이 때, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명

〈보험연도 계산 예시〉

보험계약일이 2018년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경

우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해 지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명 기입), 해당 수술증명서, 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
 - 나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간> 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.
----	---

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1~4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1~5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

<p>설명</p> <ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2040년 1월 1일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율																				
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%																			
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%																			
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%																			
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%																			
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%																			
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%																			
	<p><2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시></p> <ul style="list-style-type: none"> · 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2040년 1월 1일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율																				
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%																			
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%																			
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%																			
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%																			
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%																			
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%																			
	<p>③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.</p> <p>④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.</p> <p>⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.</p>																				
<p>유의사항</p>	<p>1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료</p>																				

로 가입할 수 있는 보험상품입니다.

2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

뇌심질환 분류표

① 약관에 규정하는 “뇌심질환”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명		분류번호
뇌질환	· 거미막하출혈	I60
	· 뇌내출혈	I61
	· 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	· 뇌경색증	I63
	· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌출증	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
	· 두개내손상	S06
	· 수막의 양성 신생물	D32
	· 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	· 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
	· 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
	· 송과선의 양성 신생물	D35.4
심질환	· 심장 침범이 있는 류마티스 열	I01
	· 류마티스무도병	I02
	· 류마티스성 승모판질환	I05
	· 류마티스성 대동맥판질환	I06
	· 류마티스성 삼첨판질환	I07
	· 다발판막질환	I08
	· 기타 류마티스심장질환	I09
	· 협심증	I20
	· 급성 심근경색증	I21
	· 후속심근경색증	I22
	· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	· 기타 급성 허혈심장질환	I24
	· 만성 허혈심장병	I25
	· 폐색전증	I26
	· 기타 폐성 심장질환	I27
	· 폐혈관의 기타 질환	I28
	· 급성 심장막염	I30
	· 심장막의 기타 질환	I31
	· 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32

대상 질병명		분류번호
심질환	· 급성 및 아급성 심내막염	I33
	· 비류마티스성 승모판장애	I34
	· 비류마티스성 대동맥판장애	I35
	· 비류마티스성 삼첨판장애	I36
	· 폐동맥판장애	I37
	· 상세불명 판막의 심내막염	I38
	· 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	· 칸디다심내막염	B37.6
	· 급성 심근염	I40
	· 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	· 심근병증	I42
	· 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	· 방실차단 및 좌각차단	I44
	· 기타 전도장애	I45
	· 심장정지	I46
	· 발작성 빈맥	I47
	· 심방세동 및 조동	I48
	· 기타 심장부정맥	I49
	· 심부전	I50
	· 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	· 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
	· 대동맥동맥류 및 박리	I71
	· 수막탈균성 심장병	A39.5
	· 흉부 혈관의 손상	S25
	· 심장의 손상	S26
	· 심장의 양성 신생물	D15.1

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병

- 사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

- ② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병 · 사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “ <u>‘뇌심질환’으로 분류되는 질병</u> ”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “ <u>‘뇌심질환’으로 분류되는 질병</u> ”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “ <u>‘뇌심질환’으로 분류되는 질병</u> ”으로 보지 않습니다.
----	---

뇌심질환수술보장특약N15(갱신형, 무배당) 약관

※ 상품명칭의 "15"는 "갱신주기 15년"을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 ["뇌심질환"의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 "뇌심질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(뇌심질환 분류표)에서 정한 "뇌질환" 및 "심질환"을 말합니다.
- ② "뇌심질환"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사 및 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의3 ["수술"의 정의와 장소]

- ① 이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 "뇌질환" 또는 "심질환"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어	< 절단(切斷) >
해설	특정부위를 잘라 내는 것
	< 절제(切除) >
	특정부위를 잘라 없애는 것
	<신의료기술평가위원회>
	의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 아래에서 정한 사항은 수술에서 제외됩니다.

1. 흡인, 천자 등의 조치
2. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
3. 미용 성형상의 수술
4. 피임(避妊) 목적의 수술
5. 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등]

용어	< 흡인(吸引) >
해설	주사기 등으로 빨아 들이는 것
	< 천자(穿刺) >
	바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

④ 이 특약에 있어서 “관혈수술”, “내시경수술”, “카테터수술”, “신의료수술”이라 함은 다음과 같습니다.

1. “관혈수술”이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
2. “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.
3. “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.
4. “신의료수술”이라 함은 관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당 부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 악성신생물(암) 근치 · 두개내신생물 근치 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy) 및 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료를 포함합니다.

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 지급합니다.

1. 뇌심질환 관혈수술 보험금

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “뇌심질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받았을 때
지급금액	특약보험가입금액의 30% ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준하여 보험금을 지급합니다.

2. 뇌심질환 비관혈수술 보험금

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “뇌심질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 때
지급금액	특약보험가입금액의 10% ※ 단, “뇌질환” 및 “심질환” 각각의 질병(2가지)당 보험연도 기준 연1회의 수술에 한하여 보장합니다.

② 제1항의 “보험연도”는 당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 이 때, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명

〈보험연도 계산 예시〉

보험계약일이 2018년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

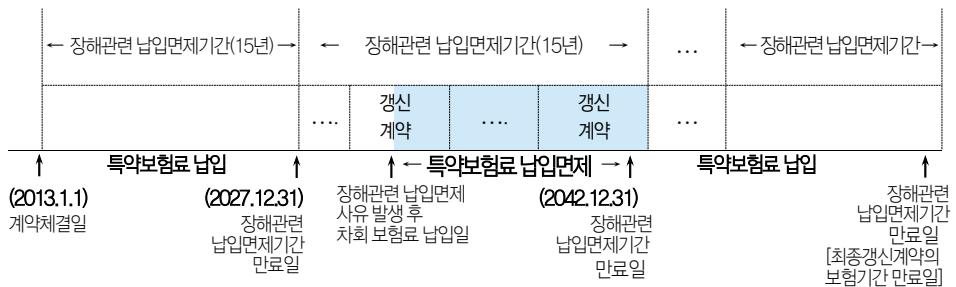
제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때, 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간' 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

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

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명 기입), 해당 수술증명서, 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와

특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효

력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우 단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형) 등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

뇌심질환 분류표

① 약관에 규정하는 “뇌심질환”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명		분류번호
뇌질환	· 거미막하출혈	I60
	· 뇌내출혈	I61
	· 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	· 뇌경색증	I63
	· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌출증	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
	· 두개내손상	S06
	· 수막의 양성 신생물	D32
	· 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	· 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
	· 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
	· 송과선의 양성 신생물	D35.4
심질환	· 심장 침범이 있는 류마티스 열	I01
	· 류마티스무도병	I02
	· 류마티스성 승모판질환	I05
	· 류마티스성 대동맥판질환	I06
	· 류마티스성 삼첨판질환	I07
	· 다발판막질환	I08
	· 기타 류마티스심장질환	I09
	· 협심증	I20
	· 급성 심근경색증	I21
	· 후속심근경색증	I22
	· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	· 기타 급성 허혈심장질환	I24
	· 만성 허혈심장병	I25
	· 폐색전증	I26
	· 기타 폐성 심장질환	I27
	· 폐혈관의 기타 질환	I28
	· 급성 심장막염	I30
	· 심장막의 기타 질환	I31
	· 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32

대상 질병명		분류번호
심질환	· 급성 및 아급성 심내막염	I33
	· 비류마티스성 승모판장애	I34
	· 비류마티스성 대동맥판장애	I35
	· 비류마티스성 삼첨판장애	I36
	· 폐동맥판장애	I37
	· 상세불명 판막의 심내막염	I38
	· 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	· 칸디다심내막염	B37.6
	· 급성 심근염	I40
	· 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	· 심근병증	I42
	· 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	· 방실차단 및 좌각차단	I44
	· 기타 전도장애	I45
	· 심장정지	I46
	· 발작성 빈맥	I47
	· 심방세동 및 조동	I48
	· 기타 심장부정맥	I49
	· 심부전	I50
	· 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	· 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
	· 대동맥동맥류 및 박리	I71
	· 수막탈출성 심장병	A39.5
	· 흉부 혈관의 손상	S25
	· 심장의 손상	S26
	· 심장의 양성 신생물	D15.1

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병

- 사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병 · 사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “‘뇌심질환’으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	--

뇌졸중진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “뇌졸중진단특약D(무배당, 무해지 환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표2 참조) 중 뇌경색증(I63)으로 분류되지 않는 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.
- ② “뇌졸중”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층 촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 “뇌졸중”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “뇌졸중 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌졸중”으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시

적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한 시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해 지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
 - ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
 - ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
 - ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 간신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회

사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<p>〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉</p> <p>주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.</p>
----	---

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "뇌졸중 진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우(특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

- 설명 · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

- 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none">1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	---

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

뇌졸중 분류표

① 약관에 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표2 참조) 중 뇌경색증(I63)으로 분류되지 않는 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.

대상 질병명	분류번호
· 거미막하출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내출혈	I62
· 뇌경색증	I63
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표2

「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색

약관에 규정하는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색은 통계청의 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서 (Ver.2016)」에서 정하는 내용을 따르며, 이후 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 적용합니다.

II-I-13. 열공성 뇌경색 증후군

세계보건기구(WHO)는 뇌졸중을 ‘뇌혈관 장애(뇌혈관의 폐쇄; 뇌허혈, 뇌경색, 뇌혈관의 파열; 뇌출혈)로 인하여 갑자기 국소 신경학적 장애 또는 의식장애가 발생하여 24 시간 이상 지속하는 경우’라고 정의하고 있다. 반면 일과성 뇌허혈은 24 시간 이내에 신경학적 장애가 회복되는 경우이다.

뇌의 심부에 혈액을 공급하는 관통혈관(penetrating arteries)이 막히는 경우 작은 구멍처럼 병변이 나타나게 되는데 이를 열공성 뇌경색증(Lacunar infarction) 또는 열공성 뇌졸중(Lacunar stroke)이라고 한다.

열공성 뇌경색증은 아래와 같이 분류한다.

1) 현재 병태가 명확한 급성의 열공성 뇌경색 증후군(current lacunar infarction syndrome)은 ‘I63.58† 기타 대뇌동맥의 상세불명 폐쇄 또는 협착에 의한 뇌경색증(Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of other cerebral artery)과 G46._*뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군(Vascular syndromes of brain in cerebrovascular diseases)’으로 분류한다.

‘G46._*’ 코드는 열공의 유형에 따라 ‘G46.5* 순수운동성 열공증후군(Pure motor lacunar syndrome), G46.6* 순수감각성 열공증후군(Pure sensory lacunar syndrome), G46.7* 기타 열공증후군(Other lacunar syndromes)’에서 분류한다.

2) 열공성 뇌경색이 후속 병태의 원인으로 언급된 경우에는 후유증 분류원칙을 따른다. 즉, 후속병태(예: 편마비)를 먼저 분류하고 후유증을 나타내는 ‘I69.3 뇌경색증의 후유증(Sequelae of cerebral infarction)’ 코드를 추가로 부여한다.

영상검사결과(예: CT, MRI, transcranial doppler ultrasonography 등)에서 열공성 뇌경색이 기술되어 있으나 이에 대한 진단이 없다면 ‘R90.8 중추신경계통의 진단영상 검사 상 기타 이상소견(Other abnormal findings on diagnostic imaging of central nervous system)’ 코드로 분류할 수 있다.

뇌졸중진단특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“뇌졸증”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌졸증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(뇌졸증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표2 참조) 중 뇌경색증(I63)으로 분류되지 않는 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.
- ② “뇌졸증”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층 촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸증”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌졸증”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌졸중”으로 진단이 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “뇌졸중 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌졸중”으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

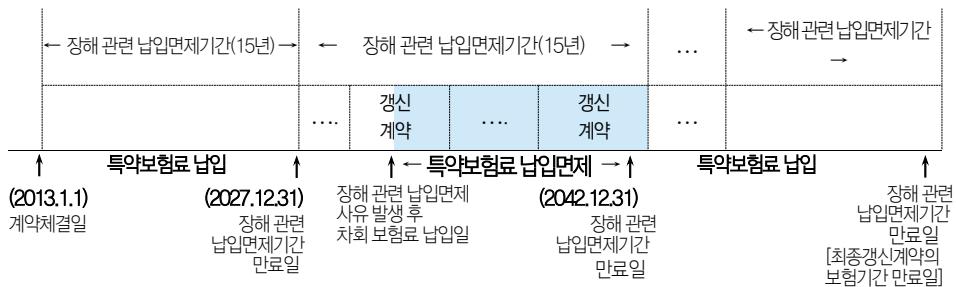
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ③ 제2항의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- ④ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

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

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장 받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와

특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라고 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "뇌졸중 진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

2. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효

력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우 단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제3호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

뇌졸중 분류표

① 약관에 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표2 참조) 중 뇌경색증(I63)으로 분류되지 않은 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 거미막하출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내출혈	I62
· 뇌경색증	I63
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
----	--

「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색

약관에 규정하는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색은 통계청의 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서 (Ver.2016)」에서 정하는 내용을 따르며, 이후 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 적용합니다.

II-I-13. 열공성 뇌경색 증후군

세계보건기구(WHO)는 뇌졸중을 ‘뇌혈관 장애(뇌혈관의 폐쇄; 뇌허혈, 뇌경색, 뇌혈관의 파열; 뇌출혈)로 인하여 갑자기 국소 신경학적 장애 또는 의식장애가 발생하여 24 시간 이상 지속하는 경우’라고 정의하고 있다. 반면 일과성 뇌허혈은 24 시간 이내에 신경학적 장애가 회복되는 경우이다.

뇌의 심부에 혈액을 공급하는 관통혈관(penetrating arteries)이 막히는 경우 작은 구멍처럼 병변이 나타나게 되는데 이를 열공성 뇌경색증(Lacunar infarction) 또는 열공성 뇌졸중(Lacunar stroke)이라고 한다.

열공성 뇌경색증은 아래와 같이 분류한다.

1) 현재 병태가 명확한 급성의 열공성 뇌경색 증후군(current lacunar infarction syndrome)은 ‘I63.58† 기타 대뇌동맥의 상세불명 폐쇄 또는 협착에 의한 뇌경색증(Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of other cerebral artery)과 G46._*뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군(Vascular syndromes of brain in cerebrovascular diseases)’으로 분류한다.

‘G46._*’ 코드는 열공의 유형에 따라 ‘G46.5* 순수운동성 열공증후군(Pure motor lacunar syndrome), G46.6* 순수감각성 열공증후군(Pure sensory lacunar syndrome), G46.7* 기타 열공증후군(Other lacunar syndromes)’에서 분류한다.

2) 열공성 뇌경색이 후속 병태의 원인으로 언급된 경우에는 후유증 분류원칙을 따른다. 즉, 후속병태(예: 편마비)를 먼저 분류하고 후유증을 나타내는 ‘I69.3 뇌경색증의 후유증(Sequelae of cerebral infarction)’ 코드를 추가로 부여한다.

영상검사결과(예: CT, MRI, transcranial doppler ultrasonography 등)에서 열공성 뇌경색이 기술되어 있으나 이에 대한 진단이 없다면 ‘R90.8 중추신경계통의 진단영상 검사 상 기타 이상소견(Other abnormal findings on diagnostic imaging of central nervous system)’ 코드로 분류할 수 있다.

뇌출혈진단특약IID(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “뇌출혈진단특약IID(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

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

제2-1조의3 [“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌출혈”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출·전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 “뇌출혈”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “뇌출혈진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한 시장해의 장해지급률로 정합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른

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

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

 - 가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
 - 나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “뇌출혈진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유점3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none">1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	---

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**뇌출혈 분류표**

① 약관에 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 거미막하 출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내출혈	I62

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인 분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인 분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	--

뇌출혈진단특약ⅡN15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌출혈”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층 촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌출혈”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌출혈”로 진단이 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 특약보험가입금액의 100%를 뇌출혈진단진단보험금으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때, 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

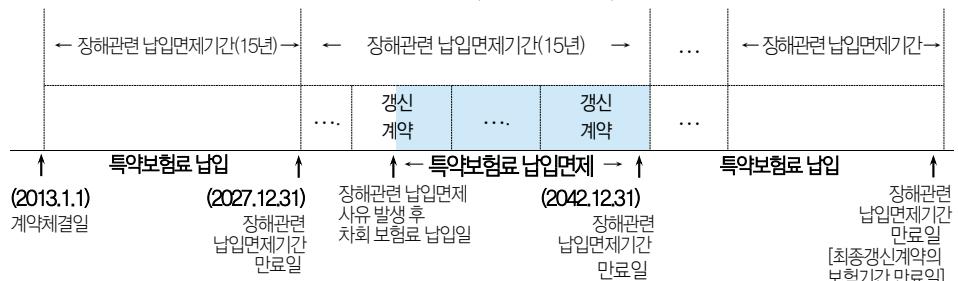
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5 항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

- ⑥ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장 받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 - 1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내
 - 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험

료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라고 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단보험금의 지급사유가 발생한 경우

2. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조 (해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

뇌출혈 분류표

① 약관에 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 거미막하 출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	--

뇌혈관질환입원특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “뇌혈관질환입원특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

- ※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌혈관질환”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2-1조의4 [“입원”의 정의와 장소]

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

제2-1조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”的 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2%를 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한 도로 합니다.

③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”이 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

〈보상기간 예시〉		
보상대상기간 (120일)	보상제외기간 (180일)	보상대상기간 (120일)
↑ 최초 입원일 ↑ 최초 입원일 + 3일	↑ 뇌혈관질환 직접치료입원보험금이 지급된 최종입원일	↑ 퇴원없이 계속입원 보상 재시작 ↑ 보상 재시작 + 3일

⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”을 지급합니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”的 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한 시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 - 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 - 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
 - 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 해당 질병입원증명서, 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)은 제한됩니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우(특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	<ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">50%</td></tr> </tbody> </table> <p style="margin-top: 10px;"><2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시></p> <ul style="list-style-type: none"> · 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2040년 1월 1일 이후 50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%
기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율																												
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%																												
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%																												
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%																												
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%																												
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%																												
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%																												
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율																												
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%																												
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%																												
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%																												
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%																												
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%																												
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%																												

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<p>1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료</p>
------	---

로 가입할 수 있는 보험상품입니다.

2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**뇌혈관질환 분류표**

① 약관에 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 거미막하출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내출혈	I62
· 뇌경색증	I63
· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌출증	I64
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇨전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
· 기타 뇌혈관질환	I67
· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
· 뇌혈관질환의 후유증	I69

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	---

뇌혈관질환입원특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌혈관질환”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 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.

제2-1조의3 [“입원”의 정의와 장소]

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

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

이 특약은 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “뇌혈관질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2%를 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원 일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”이 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

〈보상기간 예시〉		
보상대상기간 (120일)	보상제외기간 (180일)	보상대상기간 (120일)
↑ 최초 입원일 최초 입원일 + 3일	↑ 뇌혈관질환 직접치료입원보험금이 지급된 최종입원일	↑ 퇴원없이 계속입원 보상 재시작 보상 재시작 + 3일

- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”을 지급합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 “뇌혈관질환 직접치료입원보험금”의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때, 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하

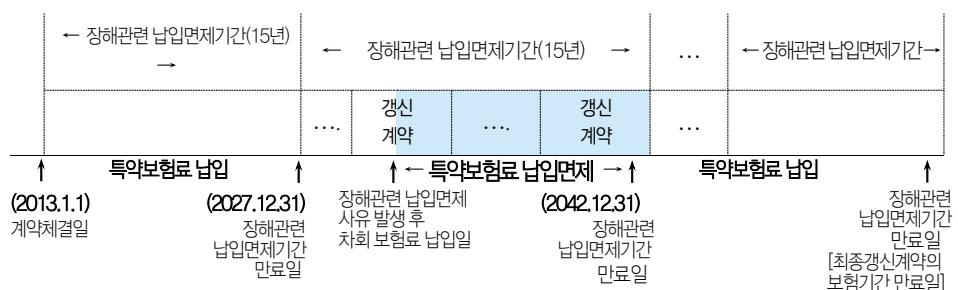
며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

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

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장 받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내

④ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그

증 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 " 사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 해당 질병입원증명서, 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등 "을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되), 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것

으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라고 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합

니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을

지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

뇌혈관질환 분류표

① 약관에 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다..

대상 질병 명	분류번호
· 거미막하출혈	60
· 뇌내출혈	61
· 기타 비외상성 두개내출혈	62
· 뇌경색증	63
· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	64
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	65
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	66
· 기타 뇌혈관질환	67
· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	68
· 뇌혈관질환의 후유증	69

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

뇌혈관질환진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지 환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “뇌혈관질환진단특약 D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유 해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌혈관질환”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 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. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌혈관질환”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단이 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “뇌혈관질환 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를

한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “뇌혈관질환 진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우
 2. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
 다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
 - 나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효

력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우 단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제3호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명

· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none">1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말이며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	--

제 5 관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

뇌혈관질환 분류표

① 약관에 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 거미막하출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내출혈	I62
· 뇌경색증	I63
· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌출증	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

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

뇌혈관질환진단특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌혈관질환”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 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. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 “뇌혈관질환”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단이 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 뇌혈관질환 진단보험금으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환”으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

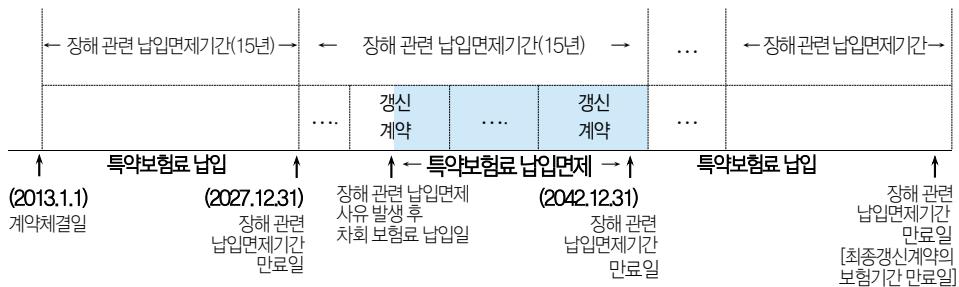
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ③ 제2항의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- ④ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때, 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)와 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5 항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제 기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

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

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장 받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와

특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라고 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "뇌혈관질환 진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우
2. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급

금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

- 이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 제3호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

0| 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

뇌혈관질환 분류표

① 약관에 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 거미막하출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내출혈	I62
· 뇌경색증	I63
· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
· 기타 뇌혈관질환	I67
· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
· 뇌혈관질환의 후유증	I69

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준 질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준 질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “뇌혈관질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “당뇨병(당화혈색소6.5% 이상)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(당뇨병 분류표)에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 수치가 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
- ② 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 「국제당화혈색소 측정 표준화 프로그램(National Glycohemoglobin Standardization Program:NGSP)」에 의해 인증되고 『당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(Diabetes Control and Complications Trial :DCCT)』에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.
- ③ “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.
- ④ 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습

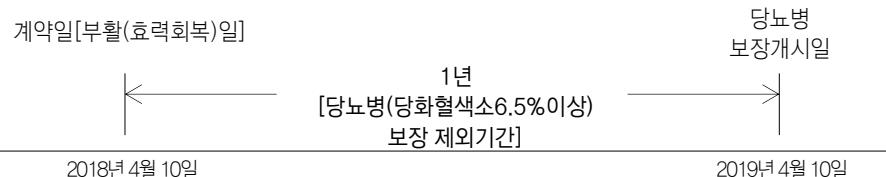
니다.

용어 해설	<p>〈당화혈색소(HbA1c)〉</p> <p>당화혈색소(HbA1c)란 체내에서 산소를 운반하는 헤모글로빈(혈색소)이 혈액 내에 있는 포도당과 결합하여 당화된 상태를 말하며, 지난 2~3개월 동안의 평균 혈당 수준을 반영합니다.</p> <p>당화혈색소는 당뇨병의 진단에 이용되며, 치료 시 혈당의 조절 정도를 반영하고, 당뇨병으로 인한 합병증 발생 위험을 예측하는 주요한 지표로서 당뇨병 환자들에게는 정기적으로 측정하도록 권고되고 있습니다.</p>
----------	---

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3[“당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 정의 및 진단확정] 제1항에서 정한 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)” 보장에 대한 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날(이하 「당뇨병 보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

〈당뇨병 보장개시일 예시〉



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「당뇨병 보장개시일」 이후에 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”으로 진단 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상) 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「당뇨병 보장개시일」 이후에 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”으로 진단 확정 되었을 경우
지급금액	특약보험가입금액의 10% ※ 단, 최초 1회에 한하여 지급합니다

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

② 제1~5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금

의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 당화혈색소(HbA1c) 수치를 포함한 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 보험계약일부터 「당뇨병 보장개시일」 전일 이전에 제2-1조의3[“당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 정의 및 진단확정] 제1항에서 정한 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”으로 진단확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으

로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대

출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명

· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항

1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은

	<p>보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.</p> <p>2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.</p>
--	--

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**당뇨병 분류표**

① 약관에 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 1형 당뇨병	E10
2. 2형 당뇨병	E11
3. 영양실조-관련 당뇨병	E12
4. 기타 명시된 당뇨병	E13
5. 상세불명의 당뇨병	E14

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	--

당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “당뇨병(당화혈색소6.5% 이상)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(당뇨병 분류표)에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 수치가 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
- ② 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 「국제당화혈색소 측정 표준화 프로그램(National Glycohemoglobin Standardization Program:NGSP)」에 의해 인증되고 『당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(Diabetes Control and Complications Trial :DCCT)』에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.
- ③ “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.
- ④ 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어

〈당화혈색소(HbA1c)〉

해설

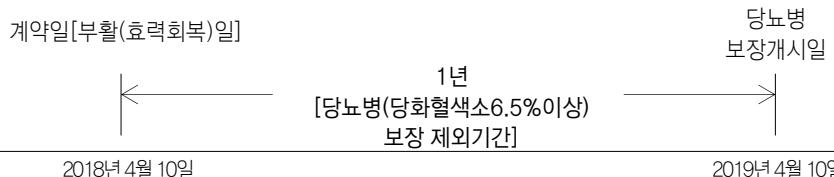
당화혈색소(HbA1c)란 체내에서 산소를 운반하는 헤모글로빈(혈색소)이 혈액 내에 있는 포도당과 결합하여 당화된 상태를 말하며, 지난 2~3개월 동안의 평균 혈당 수준을 반영합니다.

당화혈색소는 당뇨병의 진단에 이용되며, 치료시 혈당의 조절 정도를 반영하고, 당뇨병으로 인한 합병증 발생 위험을 예측하는 주요한 지표로서 당뇨병 환자들에게는 정기적으로 측정하도록 권고되고 있습니다.

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의2[“당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 정의 및 진단확정] 제1항에서 정한 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)” 보장에 대한 보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날(이하 「당뇨병 보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 「당뇨병 보장개시일」은 갱신일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 「당뇨병 보장개시일」은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날로 합니다.

〈당뇨병 보장개시일 예시〉



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「당뇨병 보장개시일」 이후에 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”으로 진단 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 당뇨병(당화혈색소6.5%이상) 진단보험금으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「당뇨병 보장개시일」 이후에 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”으로 진단 확정 되었을 경우 ※ 단, 최초 1회에 한하여 지급합니다
지급금액	특약보험가입금액의 10%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때, 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)와 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특

약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

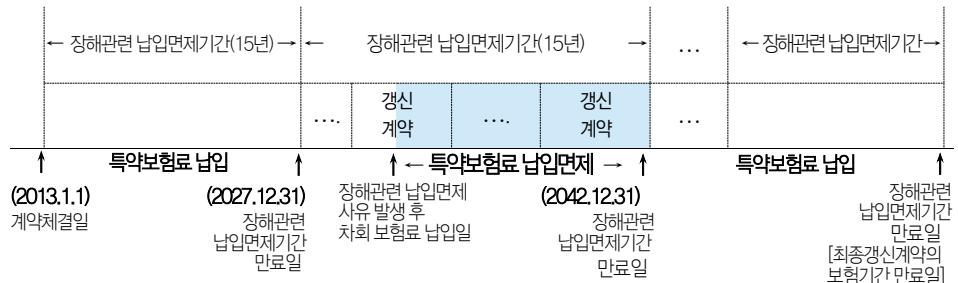
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간' 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장 받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 당화혈색소(HbA1c) 수치를 포함한 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
- 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이

하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라고 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 「당뇨병 보장개시일」의 전일 이전에 제2-1조의2[“당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 정의 및 진단확정] 제1항에서 정한 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”으로

진단확정되는 경우 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상) 진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**당뇨병 분류표**

① 약관에 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 1형 당뇨병	E10
2. 2형 당뇨병	E11
3. 영양실조-관련 당뇨병	E12
4. 기타 명시된 당뇨병	E13
5. 상세불명의 당뇨병	E14

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
----	--

당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”의 정의 및 진단확정]

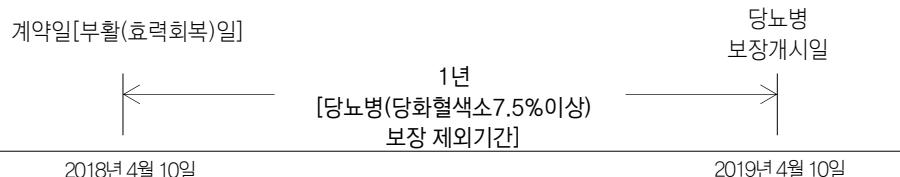
- ① 이 특약에 있어서 “당뇨병(당화혈색소7.5% 이상)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(당뇨병 분류표)에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 수치가 7.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
- ② 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 「국제당화혈색소 측정 표준화 프로그램(National Glycohemoglobin Standardization Program:NGSP)」에 의해 인증되고 『당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(Diabetes Control and Complications Trial :DCCT)』에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.
- ③ “당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.
- ④ 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어	<당화혈색소(HbA1c)>
해설	당화혈색소(HbA1c)란 체내에서 산소를 운반하는 헤모글로빈(혈색소)이 혈액 내에 있는 포도당과 결합하여 당화된 상태를 말하며, 지난 2~3개월 동안의 평균 혈당 수준을 반영합니다. 당화혈색소는 당뇨병의 진단에 이용되며, 치료 시 혈당의 조절 정도를 반영하고, 당뇨병으로 인한 합병증 발생 위험을 예측하는 주요한 지표로서 당뇨병 환자들에게는 정기적으로 측정하도록 권고되고 있습니다.

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3[“당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”의 정의 및 진단확정] 제1항에서 정한 “당뇨병(당화혈색소7.5%이상)” 보장에 대한 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날(이하 「당뇨병 보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

〈당뇨병 보장개시일 예시〉



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「당뇨병 보장개시일」 이후에 “당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”으로 진단 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “당뇨병(당화혈색소7.5%이상) 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「당뇨병 보장개시일」 이후에 “당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”으로 진단 확정 되었을 경우
지급금액	특약보험가입금액의 10% ※ 단, 최초 1회에 한하여 지급합니다

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일

까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제

사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1~4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 당화혈색소(HbA1c) 수치를 포함한 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 보험계약일부터 「당뇨병 보장개시일」 전일 이전에 제2-1조의3[“당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”의 정의 및 진단확정] 제1항에서 정한 “당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”으로 진단확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “당뇨병(당화혈색소7.5% 이상) 진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대

출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명

· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항

- 01 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은

보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.

2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**당뇨병 분류표**

① 약관에 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 1형 당뇨병	E10
2. 2형 당뇨병	E11
3. 영양실조-관련 당뇨병	E12
4. 기타 명시된 당뇨병	E13
5. 상세불명의 당뇨병	E14

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “당뇨병(당화혈색소7.5% 이상)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(당뇨병 분류표)에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 수치가 7.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
- ② 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 「국제당화혈색소 측정 표준화 프로그램(National Glycohemoglobin Standardization Program:NGSP)」에 의해 인증되고 『당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(Diabetes Control and Complications Trial :DCCT)』에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.
- ③ “당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.
- ④ 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어

해설

〈당화혈색소(HbA1c)〉

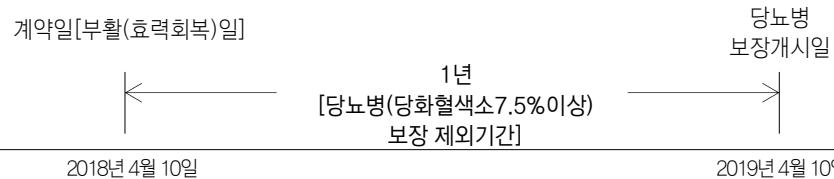
당화혈색소(HbA1c)란 체내에서 산소를 운반하는 헤모글로빈(혈색소)이 혈액 내에 있는 포도당과 결합하여 당화된 상태를 말하며, 지난 2~3개월 동안의 평균 혈당 수준을 반영합니다.

당화혈색소는 당뇨병의 진단에 이용되며, 치료시 혈당의 조절 정도를 반영하고, 당뇨병으로 인한 합병증 발생 위험을 예측하는 주요한 지표로서 당뇨병 환자들에게는 정기적으로 측정하도록 권고되고 있습니다.

제2-1조의3[특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의2[“당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”의 정의 및 진단확정] 제1항에서 정한 “당뇨병(당화혈색소7.5%이상)” 보장에 대한 보장개시일은 최초계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날(이하 「당뇨병 보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 「당뇨병 보장개시일」은 갱신일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 「당뇨병 보장개시일」은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날로 합니다.

〈당뇨병 보장개시일 예시〉



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「당뇨병 보장개시일」 이후에 “당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”으로 진단 확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수의자에게 아래 보험금을 당뇨병(당화혈색소7.5%이상) 진단보험금으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「당뇨병 보장개시일」 이후에 “당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”으로 진단 확정 되었을 경우 ※ 단, 최초 1회에 한하여 지급합니다
지급금액	특약보험가입금액의 10%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때, 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)와 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니

다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

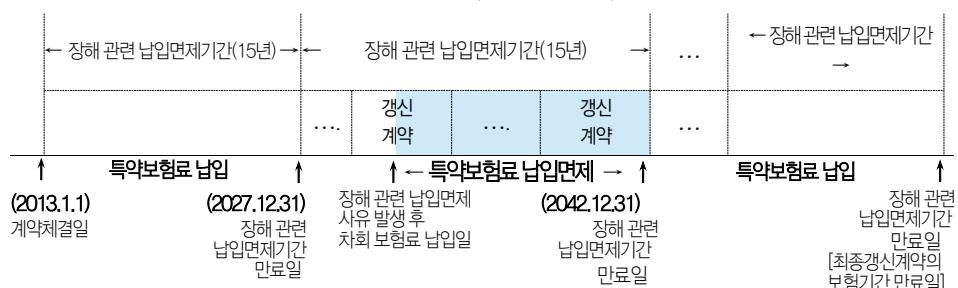
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간' 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장 받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내

- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 당화혈색소(HbA1c) 수치를 포함한 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
- 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이

하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라고 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 「당뇨병 보장개시일」의 전일 이전에 제2-1조의2[“당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”의 정의 및 진단확정] 제1항에서 정한 “당뇨병(당화혈색소7.5%이상)”으로

진단확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “당뇨병(당화혈색소7.5%이상) 진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**당뇨병 분류표**

① 약관에 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 1형 당뇨병	E10
2. 2형 당뇨병	E11
3. 영양실조-관련 당뇨병	E12
4. 기타 명시된 당뇨병	E13
5. 상세불명의 당뇨병	E14

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

당뇨엔두배받는급성심근경색증진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “당뇨엔두배받는급성심근경색증진단특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 한국표준질병·사인분류 중 별표1(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사 방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어 해설	<p><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.</p> <p><심장초음파 검사> 심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.</p> <p><관상동맥촬영술> 관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.</p> <p><심장 효소 검사> 심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.</p> <p><핵의학 검사> 방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.</p>
------------------------	--

제2-1조의4 [“당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 정의 및 진단확정]

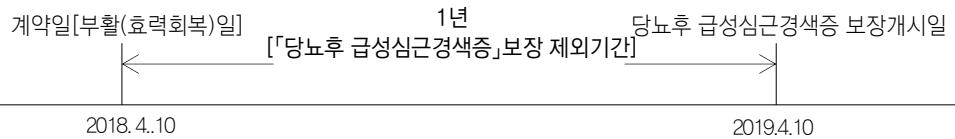
- ① 이 특약에 있어서 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(당뇨병 분류표)에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 수치가 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
- ② 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 『국제당화혈색소 측정 표준화 프로그램(National Glycohemoglobin Standardization Program: NGSP)』에 의해 인증되고 『당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(Diabetes Control and Complications Trial :DCCT)』에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.
- ③ “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다.
- ④ 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어 해설	<p><당화혈색소(HbA1c)></p> <p>당화혈색소(HbA1c)란 체내에서 산소를 운반하는 헤모글로빈(혈색소)이 혈액 내에 있는 포도당과 결합하여 당화된 상태를 말하며, 지난 2~3개월 동안의 평균 혈당 수준을 반영합니다.</p> <p>당화혈색소는 당뇨병의 진단에 이용되며, 치료 시 혈당의 조절 정도를 반영하고, 당뇨병으로 인한 합병증 발생 위험을 예측하는 주요한 지표로서 당뇨병 환자들에게는 정기적으로 측정하도록 권고되고 있습니다.</p>
------------------------	--

제2-1조의5 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「당뇨후 급성심근경색증」에 대한 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날(이하 「당뇨후 급성심근경색증 보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 제2항에서 「당뇨후 급성심근경색증」이란, 『「당뇨후 급성심근경색증 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5% 이상)”으로 진단 확정 된 후에 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]』를 말합니다.

〈「당뇨후 급성심근경색증 보장개시일」 예시〉



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

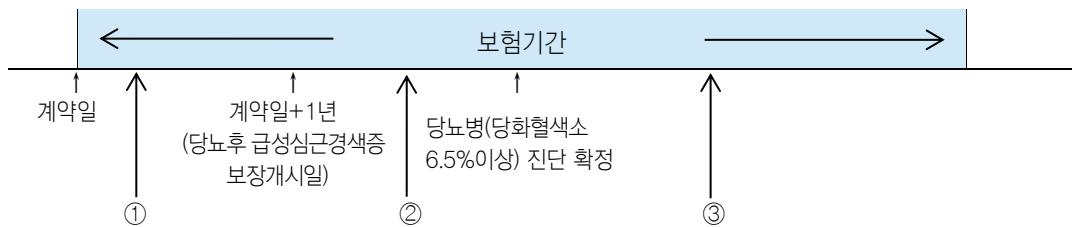
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 급성심근경색증진단보험금으로 지급합니다. (단, 최초 1회에 한함)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 ※ 단, 최초 1회에 한하여 지급합니다.	
지급금액	“당뇨병(당화혈색소 6.5% 이상)”으로 진단확정되지 않고 지급사유가 발생한 경우	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%
	「당뇨후 급성심근경색증 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5% 이상)”으로 진단 확정 된 후에 지급사유 가 발생한 경우	특약보험가입금액의 200%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우, 회사는 계약일부터 1년 초과시에 “당뇨병(당화혈색소 6.5% 이상)”으로 진단 확정되지 않고 지급사유가 발생한 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증진단보험금은 「당뇨후 급성심근경색증 보장개시일」 이후 “급성심근경색증”으로 진단확정 되기 전까지의 기간 동안 “당뇨병(당화혈색소 6.5% 이상)”으로 진단확정 되었는지의 여부에 따라 보험금이 차등되어 지급됩니다.

〈급성심근경색증진단보험금 지급 예시〉



◇ 급성심근경색증 진단 확정 시기에 따른 급성심근경색증진단보험금 지급

- ① 계약일 ~ 계약일부터 1년 이내('당뇨후 급성심근경색증 보장개시일' 전일 이전)
: 특약보험가입금액의 50%

- ② 「당뇨후 급성심근경색증 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5% 이상)” 진단 확정 전
: 특약보험가입금액의 100%

- ③ 「당뇨후 급성심근경색증 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5% 이상)” 진단 확정 후
: 특약보험가입금액의 200%

* 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 보험기간이 종료됩니다.

④ 제3항에도 불구하고 「당뇨후 급성심근경색증 보장개시일」 이후에 “급성심근경색증”과 “당뇨병(당화혈색소 6.5% 이상)”을 동일한 날에 진단 확정 받은 경우에는 《「당뇨후 급성심근경색증 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5% 이상)”으로 진단 확정 된 후에 지급사유가 발생한 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]》의 급성심근경색증진단보험금을 지급합니다.

⑤ 계약자는 피보험자가 「당뇨후 급성심근경색증 보장개시일」 전일 이전에 “당뇨병(당화혈색소 6.5% 이상)”으로 진단 확정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 「당뇨후 급성심근경색증 보장개시일」 전일 이전에 “당뇨병(당화혈색소 6.5% 이상)”으로 진단 확정 되었으나 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 경우에는 피보험자가 급성심근경색증으로 진단확정시 《“당뇨병(당화혈색소 6.5% 이상)”으로 진단 확정되지 않고 지급사유가 발생한 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]》의 급성심근경색증진단보험금을 지급합니다.

⑦ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당질병 진단서(병명기입), 당화혈색소(HbA1c) 수치를 포함한 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었거나 해지환급금을 받지 않은 경우
 - 나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간> 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.
----	---

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명

· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항

1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.
2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 "급성심근경색증으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "급성심근경색증으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "급성심근경색증으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "급성심근경색증으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "급성심근경색증으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "급성심근경색증으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "급성심근경색증으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "급성심근경색증으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "급성심근경색증으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "급성심근경색증으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "급성심근경색증으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "급성심근경색증으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "급성심근경색증으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표2

당뇨병 분류표

① 약관에 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 1형 당뇨병	E10
· 2형 당뇨병	E11
· 영양실조-관련 당뇨병	E12
· 기타 명시된 당뇨병	E13
· 상세불명의 당뇨병	E14

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

당뇨엔두배받는뇌출혈진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “당뇨엔두배받는뇌출혈진단특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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”的 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌출혈”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출·전신화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 “뇌출혈”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4 [“당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(당뇨병 분류표)에서

정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 수치가 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.

② 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 「국제당화혈색소 측정 표준화 프로그램(National Glycohemoglobin Standardization Program: NGSP)」에 의해 인증되고 「당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(Diabetes Control and Complications Trial : DCCT)」에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.

③ “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다.

④ 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어

<당화혈색소(HbA1c)>

해설

당화혈색소(HbA1c)란 체내에서 산소를 운반하는 헤모글로빈(혈색소)이 혈액 내에 있는 포도당과 결합하여 당화된 상태를 말하며, 지난 2~3개월 동안의 평균 혈당 수준을 반영합니다.

당화혈색소는 당뇨병의 진단에 이용되며, 치료 시 혈당의 조절 정도를 반영하고, 당뇨병으로 인한 합병증 발생 위험을 예측하는 주요한 지표로서 당뇨병 환자들에게는 정기적으로 측정하도록 권고되고 있습니다.

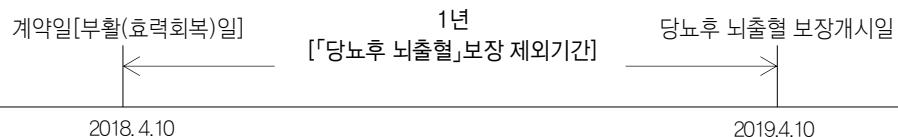
제2-1조의5 [특약의 보장개시일]

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

② 제1항에도 불구하고 「당뇨후 뇌출혈」에 대한 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날(이하 「당뇨후 뇌출혈 보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

③ 제2항에서 「당뇨후 뇌출혈」이란, 『「당뇨후 뇌출혈 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정된 후에 뇌출혈로 진단 확정된 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]』를 말합니다.

〈「당뇨후 뇌출혈 보장개시일」 예시〉



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

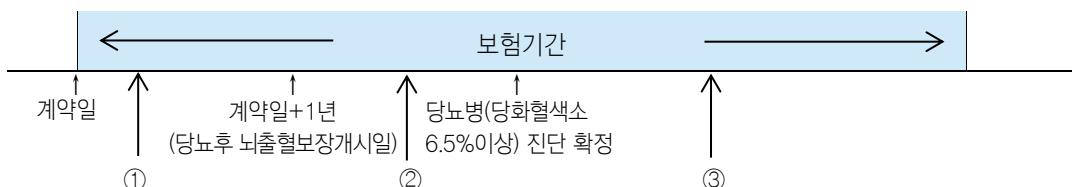
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌출혈”로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 뇌출혈진단보험금으로 지급합니다. (단, 최초 1회에 한함)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때 ※ 단, 최초 1회에 한하여 지급합니다.	
지급금액	“당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정되지 않고 지급사유가 발생한 경우	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%
	「당뇨후 뇌출혈 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정 된 후에 지급사유가 발생한 경우	특약보험가입금액의 200%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우, 회사는 계약일부터 1년 초과시에 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정되지 않고 지급사유가 발생한 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈진단보험금은 「당뇨후 뇌출혈 보장개시일」 이후 “뇌출혈”로 진단 확정 되기 전까지의 기간 동안 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정 되었는지의 여부에 따라 보험금이 차등되어 지급됩니다.

〈뇌출혈진단보험금 지급 예시〉



◇ 뇌출혈 진단 확정 시기에 따른 뇌출혈진단보험금 지급

- ① 계약일 ~ 계약일부터 1년 이내(「당뇨후 뇌출혈 보장개시일」 전일 이전)
: 특약보험가입금액의 50%
- ② 「당뇨후 뇌출혈 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)” 진단 확정 전
: 특약보험가입금액의 100%
- ③ 「당뇨후 뇌출혈 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)” 진단 확정 후
: 특약보험가입금액의 200%
- ※ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 보험기간이 종료됩니다.

④ 제3항에도 불구하고 「당뇨후 뇌출혈 보장개시일」 이후에 “뇌출혈”과 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”을 동일한 날

에 진단 확정 받은 경우에는 『당뇨후 뇌출혈 보장개시일』 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정 된 후에 지급사유가 발생한 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]』의 뇌출혈진단보험금을 지급합니다.

⑤ 계약자는 피보험자가 「당뇨후 뇌출혈 보장개시일」 전일 이전에 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 「당뇨후 뇌출혈 보장개시일」 전일 이전에 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정 되었으나 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 경우에는 피보험자가 뇌출혈로 진단 확정시 『“당뇨병(당화혈색소 6.5% 이상)”으로 진단 확정되지 않고 지급사유가 발생한 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]』의 뇌출혈진단보험금을 지급합니다.

⑦ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한

경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당질병 진단서(병명기입), 당화혈색소(HbA1c) 수치를 포함한 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이

특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

- 가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
 - 나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
- 단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단보험금의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지		0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지		10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지		20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지		30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지		40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후		50%

설명	<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>		
	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%	
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%	
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%	
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%	
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%	
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%	

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다. 2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	--

제5관 기타사항

제2~15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

뇌출혈 분류표

① 약관에 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 거미막하출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내출혈	I62

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	--

별표2

당뇨병 분류표

① 약관에 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 1형 당뇨병	E10
· 2형 당뇨병	E11
· 영양실조-관련 당뇨병	E12
· 기타 명시된 당뇨병	E13
· 상세불명의 당뇨병	E14

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

당뇨엔두배받는말기신부전증진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “당뇨엔두배받는말기신부전증진단특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“말기신부전증”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal disease)으로서 보존요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받고 있거나 받은 경우를 말하며 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기 신부전증에서 제외합니다.
- ② “말기신부전증”的 진단 확정은 해당 분야의 전문의 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의4 [“당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(당뇨병 분류표)에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 수치가 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
- ② 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 「국제당화혈색소 측정 표준화 프로그램(National Glycohemoglobin Standardization Program: NGSP)」에 의해 인증되고 「당뇨병 조절과 합병증에 대한

연구(Diabetes Control and Complications Trial :DCCT)」에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.

③ “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다.

④ 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어 <당화혈색소(HbA1c)>

해설 당화혈색소(HbA1c)란 체내에서 산소를 운반하는 헤모글로빈(혈색소)이 혈액 내에 있는 포도당과 결합하여 당화된 상태를 말하며, 지난 2~3개월 동안의 평균 혈당 수준을 반영합니다.

당화혈색소는 당뇨병의 진단에 이용되며, 치료 시 혈당의 조절 정도를 반영하고, 당뇨병으로 인한 합병증 발생 위험을 예측하는 주요한 지표로서 당뇨병 환자들에게는 정기적으로 측정하도록 권고되고 있습니다.

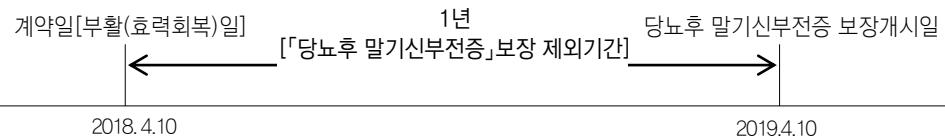
제2-1조의5 [특약의 보장개시일]

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

② 제1항에도 불구하고 「당뇨후 말기신부전증」에 대한 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날(이하 「당뇨후 말기신부전증 보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

③ 제2항에서 「당뇨후 말기신부전증」이란, 『「당뇨후 말기신부전증 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정된 후에 “말기신부전증”으로 진단 확정된 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]』를 말합니다.

<「당뇨후 말기신부전증 보장개시일」 예시>



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “말기신부전증”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 말기신부전증진단보험금으로 지급합니다. (단, 최초 1회에 한함)

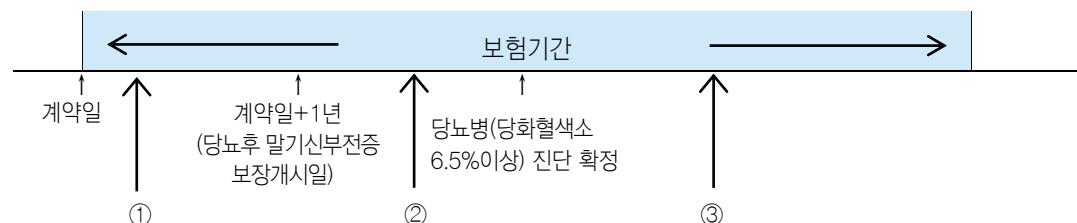
지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “말기신부전증”으로 진단이 확정되었을 때 ※ 단, 최초 1회에 한하여 지급합니다.	
지급금액	“당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)” 으로 진단 확정되지 않고 지급사 유가 발생한 경우	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

	「당뇨후 말기신부전증 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정된 후에 지급사유가 발생한 경우	특약보험가입금액의 200%
--	--	----------------

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “말기신부전증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우, 회사는 계약일부터 1년 초과시에 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정되지 않고 지급사유가 발생한 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 말기신부전증진단보험금은 「당뇨후 말기신부전증 보장개시일」 이후 “말기신부전증”으로 진단 확정 되기 전까지의 기간 동안 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정되었는지의 여부에 따라 보험금이 차등되어 지급됩니다.

〈말기신부전증진단보험금 지급 예시〉



◇ 말기신부전증 진단 확정 시기에 따른 말기신부전증진단보험금 지급

- ① 계약일 ~ 계약일부터 1년 이내(「당뇨후 말기신부전증 보장개시일」 전일 이전)
 - : 특약보험가입금액의 50%
 - ② 「당뇨후 말기신부전증 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)” 진단 확정 전
 - : 특약보험가입금액의 100%
 - ③ 「당뇨후 말기신부전증 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)” 진단 확정 후
 - : 특약보험가입금액의 200%
- * 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 보험기간이 종료됩니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 「당뇨후 말기신부전증 보장개시일」 이후에 “말기신부전증”과 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”을 동일한 날에 진단 확정 받은 경우에는 《「당뇨후 말기신부전증 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정 된 후에 지급사유가 발생한 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]》의 말기신부전증진단보험금을 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 피보험자가 「당뇨후 말기신부전증 보장개시일」 전일 이전에 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미

납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 「당뇨후 말기신부전증 보장개시일」 전일 이전에 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”으로 진단 확정되었으나 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 경우에는 피보험자가 “말기신부전증”으로 진단 확정시 《“당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”》으로 진단 확정되지 않고 지급사유가 발생한 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]의 말기신부전증진단보험금을 지급합니다.

⑦ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당질병 진단서(병명기입), 당화혈색소(HbA1c) 수치를 포함한 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단보험금의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지

급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명

· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항

1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은

	<p>보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.</p> <p>2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.</p>
--	--

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**당뇨병 분류표**

① 약관에 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 1형 당뇨병	E10
· 2형 당뇨병	E11
· 영양실조-관련 당뇨병	E12
· 기타 명시된 당뇨병	E13
· 상세불명의 당뇨병	E14

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
-----------	---

당뇨엔두배받는암진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “당뇨엔두배받는암진단특약 D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“암”등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표1[악성신생물분류표(전립선암, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
 - 가. 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 나. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 다. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 라. 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암
 - 마. 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암
 - 바. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

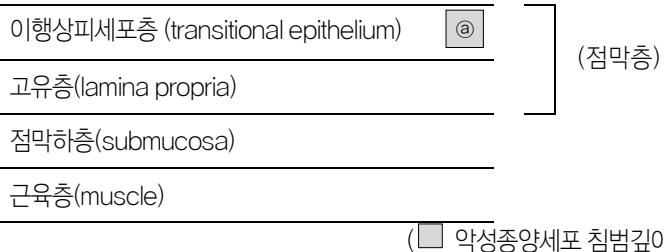
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② "암"의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 ["비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정]

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

<비침습 방광암 예시>



(■ 악성종양세포 침범깊이)

② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

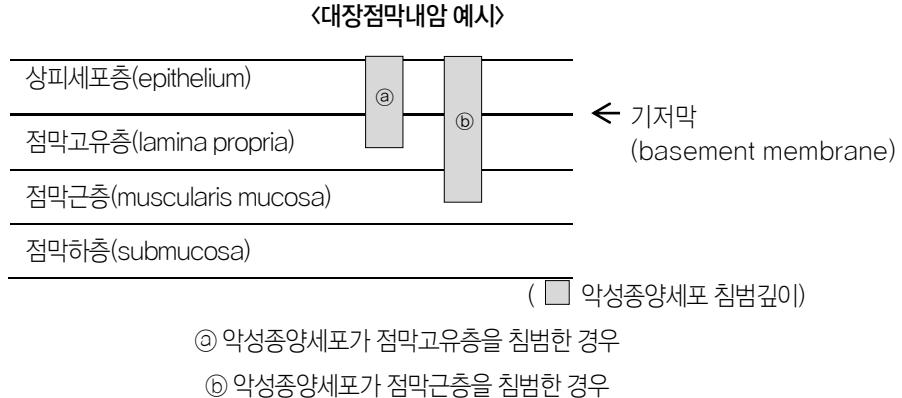
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 "비침습 방광암"의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ "비침습 방광암"의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "비침습 방광암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 ["대장점막내암"의 정의 및 진단 확정]

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

합니다.



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 협미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 정의 및 진단 확정]

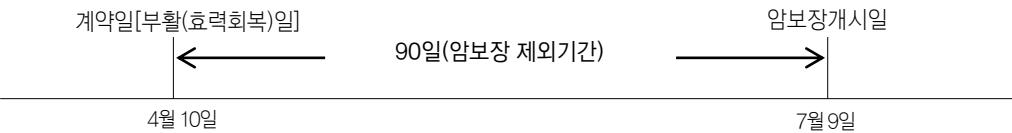
- ① 이 특약에 있어서 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(당뇨병 분류표)에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 수치가 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
- ② 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 「국제당화혈색소 측정 표준화 프로그램(National Glycohemoglobin Standardization Program: NGSP)」에 의해 인증되고 「당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(Diabetes Control and Complications Trial : DCCT)」에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.
- ③ “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다.
- ④ 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어	<당화혈색소(HbA1c)>
해설	당화혈색소(HbA1c)란 체내에서 산소를 운반하는 헤모글로빈(혈색소)이 혈액 내에 있는 포도당과 결합하여 당화된 상태를 말하며, 지난 2~3개월 동안의 평균 혈당 수준을 반영합니다. 당화혈색소는 당뇨병의 진단에 이용되며, 치료 시 혈당의 조절 정도를 반영하고, 당뇨병으로 인한 합병증 발생 위험을 예측하는 주요한 지표로서 당뇨병 환자들에게는 정기적으로 측정하도록 권고되고 있습니다.

제2-1조의7 [특약의 보장개시일]

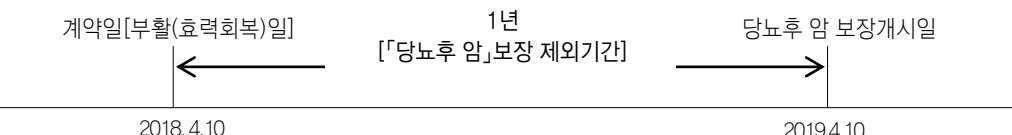
- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약 일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암 보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 「당뇨후 암」에 대한 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날(이하 「당뇨후 암 보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ④ 제3항에서 「당뇨후 암」이란, 『「당뇨후 암 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정된 후에 “암”으로 진단 확정된 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]』를 말합니다.

〈「당뇨후 암 보장개시일」 예시〉



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

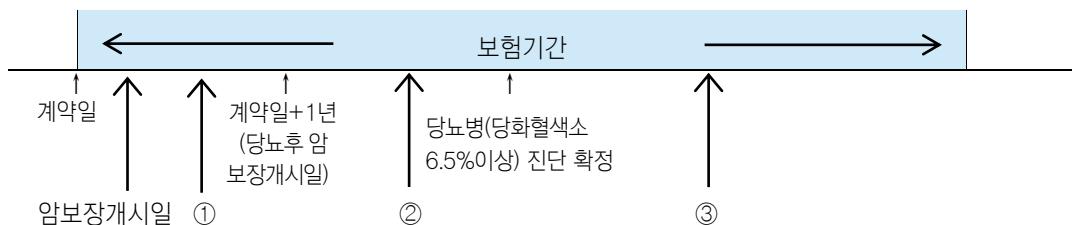
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 암진단보험금으로 지급합니다. (단, 최초 1회에 한함)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되었을 때 ※ 단, 최초 1회에 한하여 지급합니다.	
지급금액	“당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)” 으로 진단 확정되지 않고 지급사유가 발생한 경우	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%
	「당뇨후 암 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정된 후에 지급사유가 발생한 경우	특약보험가입금액의 200%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자에게 이 특약의 암보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우, 회사는 계약일부터 1년 초과시에 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정되지 않고 지급사유가 발생한 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 암진단보험금은 「당뇨후 암 보장개시일」 이후 “암”으로 진단 확정되기 전까지의 기간 동안 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정되었는지의 여부에 따라 보험금이 차등되어 지급됩니다.

〈암진단보험금 지급 예시〉



◇ 암 진단 확정 시기에 따른 암진단보험금 지급

- ① 암보장개시일 ~ 계약일부터 1년 이내(「당뇨후 암 보장개시일」 전일 이전)
 - : 특약보험가입금액의 50%
 - ② 「당뇨후 암 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)” 진단 확정 전
 - : 특약보험가입금액의 100%
 - ③ 「당뇨후 암 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)” 진단 확정 후
 - : 특약보험가입금액의 200%
- * 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 보험기간이 종료됩니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 「당뇨후 암 보장개시일」 이후에 “암”과 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”을 동일한 날에 진단 확정 받은 경우에는 《「당뇨후 암 보장개시일」 이후 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정 된 후에 지급사유가 발생한 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]》의 암진단보험금을 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 피보험자가 「당뇨후 암 보장개시일」 전일 이전에 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정된 경우에 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 「당뇨후 암 보장개시일」 전일 이전에 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정 되었으나 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 경우에는 피보험자가 “암”으로 진단 확정 시 《“당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정되지 않고 지급사유가 발생한 경우[제2-2조(보험금의 지급사유) 참조]》의 암진단보험금을 지급합니다.
- ⑦ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을

면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1~4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당질병 진단서(병명기입), 당화혈색소(HbA1c) 수치를 포함한 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.

- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단보험금의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%
	〈2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시〉	
· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.		
	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일
	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일
	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일
	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일
	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일
	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후
	③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.	

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항

1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.
2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

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

① 약관에 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
9. 음경의 악성신생물	C60
10. 고환의 악성신생물	C62
11. 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성신생물	C63
12. 요로의 악성신생물	C64-C68
13. 눈, 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69-C72
14. 부신의 악성신생물	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
16. 불명확한, 이차성 및 상세불명부위의 악성신생물	C76-C80
17. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
19. 진성 적혈구증가증	D45
20. 골수 형성이상 증후군	D46
21. 만성 골수증식질환	D47.1
22. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
23. 골수섬유증	D47.4
24. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[0차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
 3. '요로의 악성신생물(C64~C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의4("비침습 방광암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
 4. '소화기관의 악성신생물(C15~C26)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.
- ② 진단시점에 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표2

당뇨병 분류표

① 약관에 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 1형 당뇨병	E10
· 2형 당뇨병	E11
· 영양실조-관련 당뇨병	E12
· 기타 명시된 당뇨병	E13
· 상세불명의 당뇨병	E14

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 진단 될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "당뇨병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

두번째 급성심근경색증진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 “첫번째 급성심근경색증”으로 진단 확정되지 않고 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해 당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다. 단, “첫번째 급성심근경색증”으로 진단 확정된 이후 중도에 해지될 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “두번째 급성심근경색증진단특약 D(무배당,무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

1. 보험료 납입기간: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.
2. “첫번째 급성심근경색증”이라 함은 이 특약의 보험기간 중 최초로 진단 확정되는 “급성심근경색증”[제2-1조의 3(“급성심근경색증”的 정의 및 진단 확정) 참조]을 말합니다.
3. “두번째 급성심근경색증”이라 함은 “첫번째 급성심근경색증”的 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날부터 새롭게 발생한 “급성심근경색증”[제2-1조의3(“급성심근경색증”的 정의 및 진단 확정) 참조]을 말합니다. 다만, “첫번째 급성심근경색증”에 의한 합병증은 “두번째 급성심근경색증”으로 보지 않습니다.

설명	· “합병증”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 상 분류번호 I23(급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증)에 해당하는 질병을 말합니다.
----	--

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

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

제2-1조의3 [“급성심근경색증”的 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(급성심근경색증 분류표)에서 정한

질병을 말합니다.

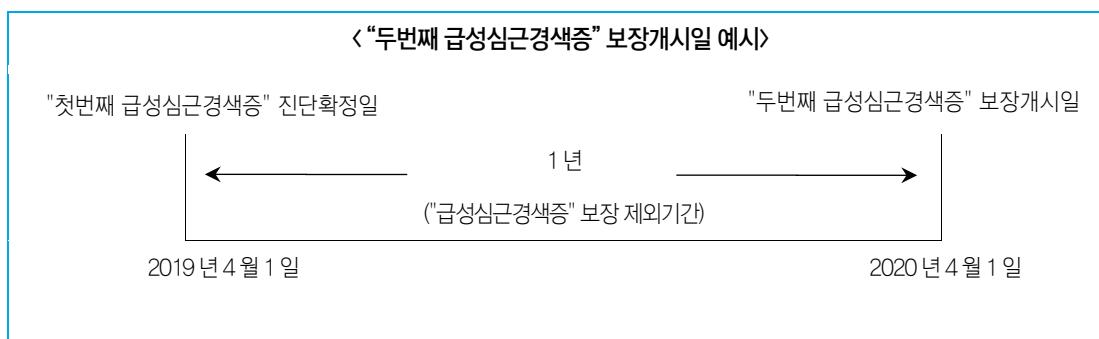
② “급성심근경색증”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사 방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어 해설	<p>〈심전도 검사〉</p> <p>심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.</p> <p>〈심장초음파 검사〉</p> <p>심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.</p> <p>〈관상동맥촬영술〉</p> <p>관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.</p> <p>〈심장 효소 검사〉</p> <p>심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.</p> <p>〈핵의학 검사〉</p> <p>방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.</p>
----------	--

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
 - ② 제1항에도 불구하고 제2-1조(용어의 정의) 제3호에서 정한 “두번째 급성심근경색증”의 보장개시일은 “첫번째 급성심근경색증”的 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날(이하 ““두번째 급성심근경색증” 보장개시일, 이라 합니다)로 하며, 부활(효력회복)하는 경우에도 동일합니다.



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「두번째 급성심근경색증」 보장개시일 이후에 “두번째 급성심근경색증”으로 진단 확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 특약보험가입금액의 100%를 “두번째 급성심근경색증 진단보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “두번째 급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단 보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항에서 「“두번째 급성심근경색증” 보장개시일」 전일 이전에 “두번째 급성심근경색증”으로 진단 확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “두번째 급성심근경색증 진단보험금”은 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “첫번째 급성심근경색증”의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날부터 “두번째 급성심근경색증”으로 진단 확정 받은 경우에만 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 “첫번째 급성심근경색증”으로 진단 확정 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑤ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른

장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(만, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
 - 이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 - "첫번째 급성심근경색증"으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우
 - "첫번째 급성심근경색증"의 진단 확정일부터 그 날을 포함한 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우
 - 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "두번째 급성심근경색증 진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우
- ② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 제1항 제3호에서 제4호에 해당하는 경우, 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사는 그 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 "첫번째 급성심근경색증"으로 진단 확정되지 않고 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우(특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. (단, "첫번째 급성심근경색증"으로 진단 확정되지 않고 중도에 특약이 해지될 경우에 한합니다.)	
	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지		0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지		10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지		20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지		30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지		40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후		50%

설명	<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>	
	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none">이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, “첫번째 급성심근경색증”으로 진단 확정되지 않고 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	--

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

두번째 뇌출혈진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 “첫번째 뇌출혈”로 진단 확정되지 않고 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전 일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다. 단, “첫번째 뇌출혈”로 진단 확정된 이후 중도에 해지될 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “두번째 뇌출혈진단특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

1. 보험료 납입기간: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.
2. “첫번째 뇌출혈”이라 함은 이 특약의 보험기간 중 최초로 진단 확정되는 “뇌출혈”[제2-1조의3(“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정) 참조]을 말합니다.
3. “두번째 뇌출혈”이라 함은 “첫번째 뇌출혈”的 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날부터 새롭게 발생한 “뇌출혈”[제2-1조의3(“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정) 참조]을 말합니다. 다만, “첫번째 뇌출혈”에 의한 신경학적 후유증은 “두번째 뇌출혈”로 보지 않습니다.

설명

- “신경학적 후유증”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류 상 분류번호 I69(뇌혈관질환의 후유증)에 해당하는 질병을 말합니다.

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

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

제2-1조의3 [“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌출혈”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력 · 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층

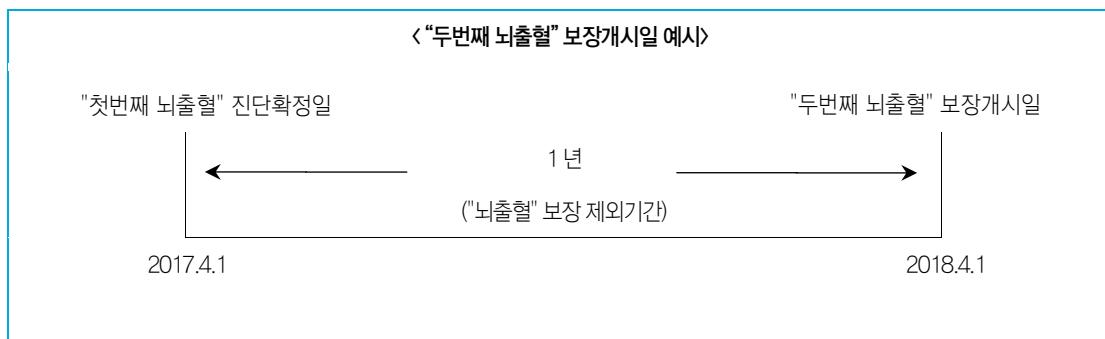
촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확인이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “뇌출혈”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

② 제1항에도 불구하고 제2-1조(용어의 정의) 제3호에서 정한 “두번째 뇌출혈”의 보장개시일은 “첫번째 뇌출혈”의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날(이하 「두번째 뇌출혈」 보장개시일)이라 합니다)로 하며, 부활(효력회복)하는 경우에도 동일합니다.



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「“두번째 뇌출혈” 보장개시일」 이후에 “두번째 뇌출혈”로 진단 확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 특약보험가입금액의 100%를 “두번째 뇌출혈진단보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “두번째 뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
 - ② 제1항에서 「“두번째 뇌출혈” 보장개시일」 전일 이전에 “두번째 뇌출혈”로 진단 확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “두번째 뇌출혈진단보험금”은 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “첫번째 뇌출혈”의 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날부터 “두번째 뇌출혈”로 진단 확정 받은 경우에만 보험금을 지급합니다.
 - ④ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 “첫번째 뇌출혈”로 진단 확정 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑤ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장애의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금

의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.

- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. "첫번째 뇌출혈"로 진단 확정되지 않은 피보험자의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우

4. "첫번째 뇌출혈"의 진단 확정일부터 그 날을 포함한 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우

5. 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "두번째 뇌출혈진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

④ 제1항 제3호에서 제4호에 해당하는 경우, 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사는 그 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 “첫번째 뇌출혈”로 진단 확정되지 않고 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우(특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명

- 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.
(단, "첫번째 뇌출혈"로 진단 확정되지 않고 중도에 특약이 해지될 경우에 한합니다.)

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

- 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때 "첫번째 뇌출혈"로 진단 확정되지 않고 중도에 특약이 해지될 경우의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지 2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지 2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지 2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지 2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후 2040년 1월 1일 이후	50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항

1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로 “첫번째 뇌출혈”로 진단 확정되지 않고, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.
2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항**제2-15조 [주계약 약관의 준용]**

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

뇌출혈 분류표

① 약관에 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 거미막하출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내출혈	I62

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	--

만성간 · 폐 · 신장질환(중등도이상)진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “만성간 · 폐 · 신장질환(중등도이상) 진단특약D(무배당,무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“만성간질환(중등도이상)”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “만성간질환(중등도이상)”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표2(만성간질환 분류표)에서 정한 질병으로 진단받고, 다음 각 호의 기준 중 한가지 이상을 충족하여야 합니다. Child-Pugh 평가는 「Child-Pugh 분류법」을 근거로 점수화 합니다.

1. 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 C등급
 2. 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 B등급 이상이면서 지속적인 복수가 있는 경우.
- 지속적인 복수란 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사[복부 초음파 및 복부 전산화단층촬영(CT) 등]에 의해 1개월 이상 지속된 복수가 존재하는 것을 말합니다.

〈Child-Pugh 분류법〉

아래 분류법을 근거로 점수화하여 5~6점은 A등급, 7~9점은 B등급, 10점이상은 C등급으로 분류합니다.

구분	1점	2점	3점
혈청 빌리루빈(mg/dL)	<2.0	2.0~3.0	>3.0
혈청 알부민(g/dL)	>3.5	2.8~3.5	<2.8
복수	없음	쉽게 조절됨	조절이 용이하지 않음
간성뇌증	없음	1도~2도	3도~4도
프로트롬빈 시간연장(초) / INR	<4 / <1.7	4~6 / 1.7~2.3	>6 / >2.3

(주) Child-Pugh 평가는 최소 2개월 이상의 반복적인 검사 결과 중 양호한 상태의 검사결과를 판정합니다.

- ② “만성간질환(중등도이상)”의 진단 확정은 해당 분야의 전문의 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사 결과 등으로 확인 가능하여야 합니다.

제2-1조의4 [“만성폐질환(중등도이상)”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “만성폐질환(중등도이상)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(만성폐질환 분류표)에서 정한 질병으로 진단 받고, 폐의 만성적인 기능부전의 결과로 평지에서 천천히 걸어도 지속적으로 호흡곤란이 있고 일상생활의 기본동작의 제한을 받아야 하는 상태로서 다음 각 호의 기준 중 한가지 이상을 충족하여야 합니다.

1. 폐기능 검사에서 최대한 노력하여 잘 불었을 때 1초간 노력성 호기량(FEV_{1.0})이 지속적으로 정상예측치의 40% 이하
2. 비가역적인 만성 저산소증으로서 안정상태에서 동맥혈 가스분석검사(ABGA)상 동맥혈 산소분압(PaO₂)이 65 mmHg 이하

② 단, 폐기능 검사성적은 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내는 것으로 보이는 검사성적에 근거하여야 하며, 일시적인 상태는 제외합니다.

③ “만성폐질환(중등도이상)”의 진단 확정은 해당 분야의 전문의 자격증을 가진 자가 작성한 정기적인 흉부X선 소견, 동맥혈 가스검사 등을 포함한 진단서, 소견서 진료기록과 같은 문서화된 기록 또는 폐기능 검사 등 검사결과로 확인 가능하여야 합니다.

제2-1조의5 [“만성신장질환(중등도이상)”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “만성신장질환(중등도이상)”이라 함은 단백뇨가 지속적으로 나오거나 혈뇨와 같은 신장손상의 증거가 있는 등 3개월 이상 지속적으로 신장기능이 저하된 상태로 한국표준질병·사인분류 중 별표4(만성신장질환 분류표)에서 정한 질병 중에서 사구체여과율(GFR) 수치가 3개월이상 동안 반복적인 검사 결과 20mL/min/1.73m² 미만인 경우를 말합니다.

② “만성신장질환(중등도이상)”의 진단 확정은 해당 분야의 전문의 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과 등으로 확인 가능하여야 합니다.

제2-1조의6 [“중증 만성간질환”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “중증 만성간질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(만성간질환 분류표)에서 정한 질병으로 진단받고, 만성간질환이 진행된 결과 간부전 상태가 되어 회복가능성이 없는 질환으로서 영구적 황달이 있으면서 「간성흔수 또는 지속적인 복수」가 존재하는 질병을 말합니다.

- 가. 영구적 황달이란 혈청 빌리루빈이 지속적으로 3.0mg/dL 이상인 경우를 말합니다.
- 나. 간성흔수란 이학적 검사와 뇌파검사를 기초로 한 간성뇌기능의 장애가 반복되는 상태를 말합니다.
- 다. 지속적인 복수란 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사[복부 초음파 및 복부 전산화단층촬영(CT) 등]에 의해 1개월 이상 지속된 복수가 존재하는 것을 말합니다.

② “중증 만성간질환”의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의7 [“중증 만성폐질환”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “중증 만성폐질환”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표3(만성폐질환 분류표)에서 정한 질병으로 진단 받고, 양쪽 폐장 모두가 심한 비가역적인 기능부전을 보여서 그 결과 도보 동작이 지속적으로 현저하게 제한되고 평생 일상생활의 기본동작의 제한을 받아야 하는 상태로써 다음의 한가지 기준 이상에 해당되어야 합니다.

가. 폐기능 검사에서 최대한 노력하여 잘 불었을 때 1초간 노력성 호기량(FEV1.0)이 지속적으로 정상예측치의 30% 이하

나. 비가역적인 만성 저산소증으로서 안정상태에서 동맥혈 가스분석검사(ABGA)상 동맥혈 산소분압(PaO₂)이 60mmHg 이하

② 단, 폐기능 검사성적과 동맥혈 가스분석검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.

③ “중증 만성폐질환”의 진단 확정은 정기적인 흉부X선 소견, 폐기능 검사, 동맥혈 가스검사 등을 포함한 진단서, 소견서 진료기록 등 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의8 [“말기신부전증”의 정의 및 진단확정]

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

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

제2-1조의9 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다(각각 최초 1회에 한하여 지급합니다).

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “만성간질환(중등도이상)”으로 진단 확정받은 경우

: 만성간질환(중등도이상) 진단보험금

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “만성폐질환(중등도이상)”으로 진단 확정받은 경우

: 만성폐질환(중등도이상) 진단보험금

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “만성신장질환(중등도이상)”으로 진단 확정받은 경우

: 만성신장질환(중등도이상) 진단보험금

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “중증 만성간질환”으로 진단 확정받은 경우

: 중증 만성간질환 진단보험금

5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “중증 만성폐질환”으로 진단 확정받은 경우

: 중증 만성폐질환 진단보험금

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “말기신부전증”으로 진단 확정받은 경우

: 말기신부전증 진단보험금

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하여 차액을 지급하여 드립니다[단, 해당 진단보험금 지급사유가 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에서 정한 특약의 소멸사유에 해당되지 않는 경우에는 이미 지급된 책임준비금을 차감하지 않습니다].

② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한

경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이

특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 이 특약은 특약 체결 이후에 보험증목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

〈2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시〉

· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

- | | |
|------|--|
| 유의사항 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다. 2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경 |
|------|--|

과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제 5 관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

(1) 만성간질환(중등도이상) 진단보험금(약관 제2-2조 제1호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “만성간질환(중등도이상)”으로 진단 확정 받은 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

(2) 만성폐질환(중등도이상) 진단보험금(약관 제2-2조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “만성폐질환(중등도이상)”으로 진단 확정 받은 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

(3) 만성신장질환(중등도이상) 진단보험금(약관 제2-2조 제3호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “만성신장질환(중등도이상)”으로 진단 확정 받은 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

(4) 중증 만성간질환 진단보험금(약관 제2-2조 제4호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “중증 만성간질환”으로 진단 확정 받은 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

(5) 중증 만성폐질환 진단보험금(약관 제2-2조 제5호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “중증 만성폐질환”으로 진단 확정 받은 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

(6) 말기신부전증 진단보험금(약관 제2-2조 제6호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “말기신부전증”으로 진단 확정 받은 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

별표2

만성간질환 분류표

① 약관에 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 바이러스 간염	B15-B19
· 알코올성 간질환	K70
· 독성간질환	K71
· 달리 분류되지 않은 간부전	K72
· 달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
· 간의 섬유증 및 경변증	K74
· 기타 염증성 간질환	K75
· 간의 기타 질환	K76
· 달리 분류된 질환에서의 간장애	K77

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명
피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명
진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

별표3

만성폐질환 분류표

① 약관에 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
· 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
· 상세불명의 만성 기관지염	J42
· 폐기종	J43
· 기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
· 기관지확장증	J47
· 외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
· 성인호흡곤란증후군	J80
· 폐부종	J81
· 기타 간질성 폐질환	J84
· 달리 분류되지 않은 호흡부전	J96

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표4

만성신장질환 분류표

① 약관에 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
만성 신장병	N18

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

만성간·폐·신장질환(중등도이상)진단특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“만성간질환(중등도이상)”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “만성간질환(중등도이상)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(만성간질환 분류표)에서 정한 질병으로 진단받고, 다음 각 호의 기준 중 한가지 이상을 충족하여야 합니다. Child-Pugh 평가는 「Child-Pugh 분류법」을 근거로 점수화 합니다.

1. 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 C등급

2. 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 B등급 이상이면서 지속적인 복수가 있는 경우.

지속적인 복수란 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사[복부 초음파 및 복부 전산화단층촬영(CT) 등]에 의해 1개월 이상 지속된 복수가 존재하는 것을 말합니다.

〈Child-Pugh 분류법〉

아래 분류법을 근거로 점수화하여 5~6점은 A등급, 7~9점은 B등급, 10점이상은 C등급으로 분류합니다.

구분	1점	2점	3점
혈청 빌리루빈(mg/dL)	<2.0	2.0~3.0	>3.0
혈청 알부민(g/dL)	>3.5	2.8~3.5	<2.8
복수	없음	쉽게 조절됨	조절이 용이하지 않음
간성뇌증	없음	1도~2도	3도~4도
프로트롬빈 시간연장(초) / INR	<4 / <1.7	4~6 / 1.7~2.3	>6 / >2.3

(주) Child-Pugh 평가는 최소 2개월 이상의 반복적인 검사 결과 중 양호한 상태의 검사결과를 판정합니다.

② “만성간질환(중등도이상)”의 진단 확정은 해당 분야의 전문의 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사 결과 등으로 확인 가능하여야 합니다.

제2-1조의3 [“만성폐질환(중등도이상)”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “만성폐질환(중등도이상)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(만성폐질환 분류표)에서 정한 질병으로 진단 받고, 폐의 만성적인 기능부전의 결과로 평지에서 천천히 걸어도 지속적으로 호흡곤란이 있고 일상 생활의 기본동작의 제한을 받아야 하는 상태로서 다음 각 호의 기준 중 한가지 이상을 충족하여야 합니다.

1. 폐기능 검사에서 최대한 노력하여 잘 불었을 때 1초간 노력성 호기량(FEV_{1.0})이 지속적으로 정상예측치의 40% 이하

2. 비가역적인 만성 저산소증으로서 안정상태에서의 동맥혈 가스분석검사(ABGA)상 동맥혈 산소분압(PaO₂)이 65 mmHg 이하

② 단, 폐기능 검사성적은 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내는 것으로 보이는 검사성적에 근거하여야 하며, 일시적인 상태는 제외합니다.

③ “만성폐질환(중등도이상)”의 진단 확정은 해당 분야의 전문의 자격증을 가진 자가 작성한 정기적인 흉부X선 소견, 동맥혈 가스검사 등을 포함한 진단서, 소견서 진료기록과 같은 문서화된 기록 또는 폐기능 검사 등 검사결과로 확인 가능하여야 합니다.

제2-1조의4 [“만성신장질환(중등도이상)”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “만성신장질환(중등도이상)”이라 함은 단백뇨가 지속적으로 나오거나 혈뇨와 같은 신장손상의 증거가 있는 등 3개월 이상 지속적으로 신장기능이 저하된 상태로 한국표준질병·사인분류 중 별표4(만성신장질환 분류표)에서 정한 질병 중에서 사구체여과율(GFR) 수치가 3개월이상 동안 반복적인 검사 결과 20mL/min/1.73m² 미만인 경우를 말합니다.

② “만성신장질환(중등도이상)”의 진단 확정은 해당 분야의 전문의 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과 등으로 확인 가능하여야 합니다.

제2-1조의5 [“중증 만성간질환”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “중증 만성간질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(만성간질환 분류표)에서 정한 질병으로 진단받고, 만성간질환이 진행된 결과 간부전 상태가 되어 회복가능성이 없는 질환으로서 영구적 황달이 있으면서 「간성혼수 또는 지속적인 복수」가 존재하는 질병을 말합니다

가. 영구적 황달이란 혈청 빌리루빈이 지속적으로 3.0mg/dl 이상인 경우를 말합니다.

나. 간성혼수란 이학적 검사와 뇌파검사를 기초로 한 간성뇌기능의 장애가 반복되는 상태를 말합니다.

다. 지속적인 복수란 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사[복부 초음파 및 복부 전산화단층촬영(CT) 등]에 의해 1개월 이상 지속된 복수가 존재하는 것을 말합니다.

② “중증 만성간질환”的 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의6 [“중증 만성폐질환”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “중증 만성폐질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(만성폐질환 분류표)에서 정한 질병으로 진단 받고, 양쪽 폐장 모두가 심한 비가역적인 기능부전을 보여서 그 결과 도보 동작이 지속적으로 현저하게 제한되고 평생 일상생활의 기본동작의 제한을 받아야 하는 상태로써 다음의 한가지 기준 이상에 해당되어야 합니다.

가. 폐기능 검사에서 최대한 노력하여 잘 불었을 때 1초간 노력성 호기량(FEV_{1.0})이 지속적으로 정상예측치의 30% 이하

나. 비가역적인 만성 저산소증으로서 안정상태에서의 동맥혈 가스분석검사(ABGA)상 동맥혈 산소분압(PaO₂)이

60mmHg 이하

- ② 단, 폐기능 검사성적과 동맥혈 가스분석검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.
- ③ “중증 만성폐질환”의 진단 확정은 정기적인 흉부X선 소견, 폐기능 검사, 동맥혈 가스검사 등을 포함한 진단서, 소견서 진료기록 등 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의7 [“말기신부전증”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal disease)으로서 보존요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받고 있거나 받은 경우를 말하며 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기 신부전증에서 제외합니다.
- ② “말기신부전증”의 진단 확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의8 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 6개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다(각각 최초1회에 한하여 지급합니다).

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “만성간질환(중등도이상)”으로 진단 확정받은 경우
: 만성간질환(중등도이상) 진단보험금
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “만성폐질환(중등도이상)”으로 진단 확정받은 경우
: 만성폐질환(중등도이상) 진단보험금
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “만성신장질환(중등도이상)”으로 진단 확정받은 경우
: 만성신장질환(중등도이상) 진단보험금
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “중증 만성간질환”으로 진단 확정받은 경우
: 중증 만성간질환 진단보험금
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “중증 만성폐질환”으로 진단 확정받은 경우
: 중증 만성폐질환 진단보험금
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “말기신부전증”으로 진단 확정받은 경우
: 말기신부전증 진단보험금

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 제2-2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서

해당 세부보장의 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

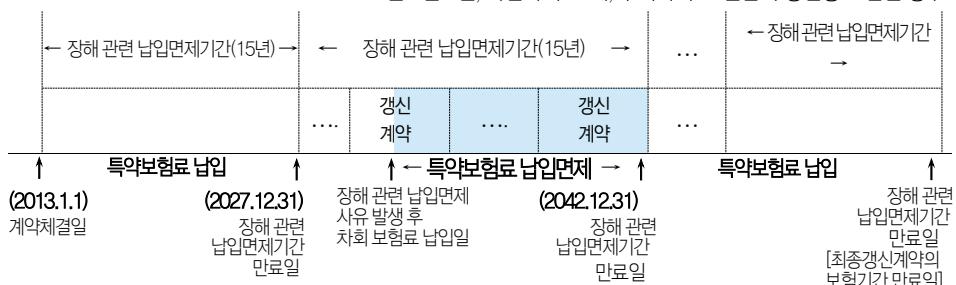
③ 제1~5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간' 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입 해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보상의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종

결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [“특약의 체결”에 대한 특칙]

이 특약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장을 가입해야 합니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금이 지급된 세부보장은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우

(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며, 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보아 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 기입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그 때부터 효력이 없습니다.

- ③ 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제2-12조의2 [“특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입”에 관한 특칙]

제1-11조(특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입)에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제2-12조(특약의 소멸) 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입해야 합니다.

제2-12조의3 [“보험료 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)”에 관한 특칙]

제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 때, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 세부보장은 제외합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

(1) 만성간질환(중등도이상) 진단보험금(약관 제2-2조 제1호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “만성간질환(중등도이상)”으로 진단 확정 받은 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

(2) 만성폐질환(중등도이상) 진단보험금(약관 제2-2조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “만성폐질환(중등도이상)”으로 진단 확정 받은 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

(3) 만성신장질환(중등도이상) 진단보험금(약관 제2-2조 제3호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “만성신장질환(중등도이상)”으로 진단 확정 받은 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

(4) 중증 만성간질환 진단보험금(약관 제2-2조 제4호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “중증 만성간질환”으로 진단 확정 받은 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

(5) 중증 만성폐질환 진단보험금(약관 제2-2조 제5호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “중증 만성폐질환”으로 진단 확정 받은 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

(6) 말기신부전증 진단보험금(약관 제2-2조 제6호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “말기신부전증”으로 진단 확정 받은 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

(주) 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

별표2

만성간질환 분류표

① 약관에 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 바이러스 간염	B15–B19
· 알코올성 간질환	K70
· 독성 간질환	K71
· 달리 분류되지 않은 간부전	K72
· 달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
· 간의 섬유증 및 경화증	K74
· 기타 염증성 간질환	K75
· 간의 기타 질환	K76
· 달리 분류된 질환에서의 간장애	K77

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 **한국표준질병·사인분류**를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 **한국표준질병·사인분류**의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류 를 적용하여 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류 가 개정되어 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "만성간질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표3

만성폐질환 분류표

① 약관에 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
· 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
· 상세불명의 만성 기관지염	J42
· 폐기종	J43
· 기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
· 기관지확장증	J47
· 외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
· 성인호흡곤란증후군	J80
· 폐부종	J81
· 기타 간질성 폐질환	J84
· 달리 분류되지 않은 호흡부전	J96

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병
· 사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "만성폐질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표4

만성신장질환 분류표

① 약관에 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
만성 신장병	N18

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "만성신장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

소액질병보장특약VD(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “소액질병보장특약VD(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“양성뇌종양”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수 수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌 종양으로서 한국표준질병·사인분류 중 별표1[양성뇌종양(경계성종양 제외) 대상 질병 분류표]에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장에서 제외합니다.
- ② “양성뇌종양”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제2-1조의4 [“경계성종양”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류 중 별표2(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “경계성종양”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“갑상선암”的 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류 중 별표3(갑상선의 악성신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

[유의사항]

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

설명	<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
	<ul style="list-style-type: none">· 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.

② “갑상선암”的 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“제자리암”的 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류 중 별표4[제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “제2-1조의8(“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정)”에서 정한 비침습 방광암 및 “제2-1조의9(“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정)”에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.
② “제자리암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7 [“기타피부암”的 정의 및 진단 확정]

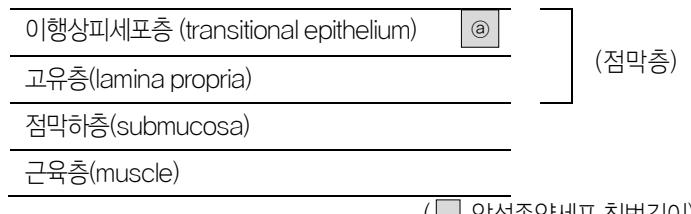
① 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류 중 별표5(기타 피부의 악성신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② “기타피부암”的 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의8 [“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”이라 함은 방광의 이행상피세포종(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양

세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판’에서 정한 병기상 TaNOMO인 방광암을 말합니다.

〈비침습 방광암 예시〉



④ 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

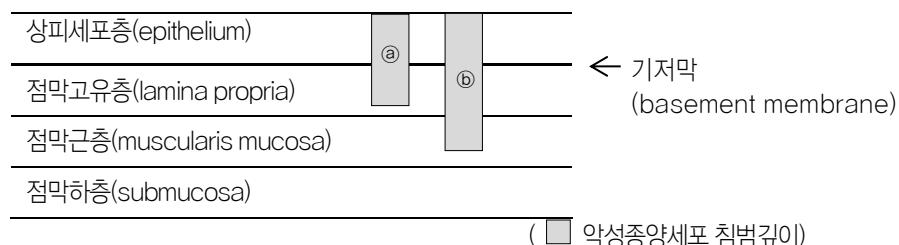
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의9 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈대장점막내암 예시〉



④ 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

⑤ 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의10 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “양성뇌종양”, “경계성종양”, “갑상선암”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 진단 확정 받았을 때 보험수익자에게 아래 보험금을 소액질병진단보험금으로 지급합니다.

지급 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “양성뇌종양”, “경계성종양”, “갑상선암”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 진단이 확정되었을 때 (단, “양성뇌종양”, “경계성종양”, “갑상선암”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”에 대해 각각 1회의 진단 확정에 한함)
지급 금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ② 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 소액질병진단보험금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 보장개시일 이후 이미 소액질병진단보험금이 지급된 “양성뇌종양”, “경계성종양”, “갑상선암”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”과 동일한 경우(이미 소액질병진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함)에는 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2-1조의8(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “비침습 방광암”으로 보험금 지급사유 발생시 “비침습 방광암”에 해당하는 보험금을 지급하고 “제자리암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
- ④ 제2-1조의9(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대장점막내암”으로 보험금 지급사유 발생시 “대장점막내암”에 해당하는 보험금을 지급하고 “제자리암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “양성뇌종양”, “경계성종양”, “갑상선암”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.(단, 해당 진단보험금 지급사유가 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에서 정한 특약의 소멸사유에 해당되지 않는 경우에는 이미 지급된 책임준비금을 차감하지 않습니다.)
- ⑥ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 - 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 - 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방

사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등"을 말합니다

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [“특약의 체결”에 관한 특칙]

이 특약의 경우 제1-9조(특약의 체결) 제5항에도 불구하고, 제2-3조(보험금 지급 관련 세부사항) 제2항에 해당하는 경우에는 보장하지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 기입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항

에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지		0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지		10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지		20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지		30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지		40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후		50%

<2 종(유해지환급금형) 대비 1 종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2 종 대비 1 종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지 2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지 2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지 2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지 2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후 2040년 1월 1일 이후	50%

- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항

1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.
2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

양성뇌종양(경계성종양 제외) 대상 질병 분류표

① 약관에 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 수막의 양성신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성신생물	D35.3
5. 송과선의 양성신생물	D35.4

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표2

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동 양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표3

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	--

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표4

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리 흐색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

2. '기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종(D09)'의 경우 이 특약 제2조의8("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2조의9("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표5

기타피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	--

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

소액질병보장특약VIN15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“양성뇌종양”的 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수 수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌 종양으로서 한국표준질병·사인분류 중 별표1[양성뇌종양(경계성종양 제외) 대상 질병 분류표]에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장에서 제외합니다.
- ② “양성뇌종양”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제2-1조의3 [“경계성종양”的 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표2(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“갑상선암”的 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(갑상선의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

[유의사항]

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

설명	<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
	<ul style="list-style-type: none">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.

② “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“제자리암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “제2-1조의7(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암” 및 “제2-1조의8(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암”은 제외합니다.
② “제자리암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

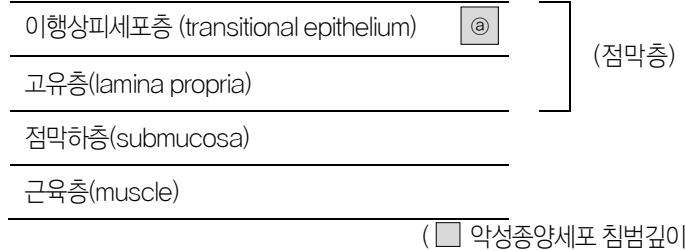
제2-1조의6 [“기타피부암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5[기타 피부의 악성신생물 분류표]에 해당하는 질병을 말합니다.
② “기타피부암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈비침습 방광암 예시〉



② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

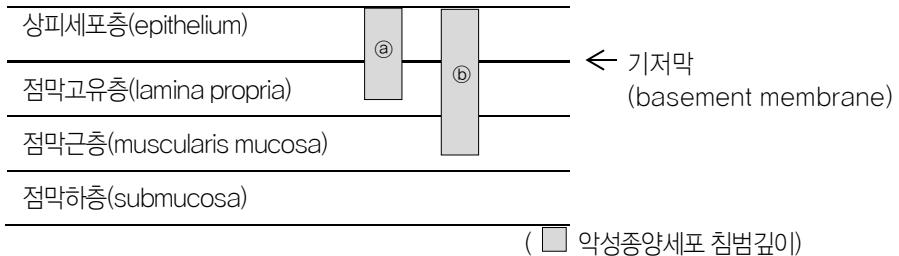
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의8 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈대장점막내암 예시〉



② 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

③ 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의9 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “양성뇌종양”, “경계성종양”, “갑상선암”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 진단 확정 받았을 때 보험수익자에게 아래 보험금을 “소액질병진단보험금”으로 지급 합니다.

지급 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”, “갑상선암”, “양성뇌종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 진단이 확정되었을 때 (단, “경계성종양”, “갑상선암”, “양성뇌종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암”에 대해 각각 1회의 진단 확정에 한함)
지급 금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 소액질병진단보험금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 소액질병진단보험금이 지급된 “양성뇌종양”, “경계성종양”, “갑상선암”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”과 동일한 경우(이미 소액질병진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함)에는 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “양성뇌종양”, “경계성종양”, “갑상선암”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다. (단, 해당 진단보험금 지급사유가 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에서 정한 특약의 소멸사유에 해당되지 않는 경우에는 이미 지급된 책임준비금을 차감하지 않습니다)

③ 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험금이 지급된 “양성뇌종양”, “경계성종양”, “갑상선암”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안(특약이 자동갱신 되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

⑥ 제5항의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

⑦ 제2-1조의7(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “비침습 방광암”으로 보험금 지급사유 발생시 “비침습 방광암”에 해당하는 보험금을 지급하고 “제자리암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.

⑧ 제2-1조의8(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대장점막내암”으로 보험금 지급사유 발생시 “대장점막내암”에 해당하는 보험금을 지급하고 “제자리암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.

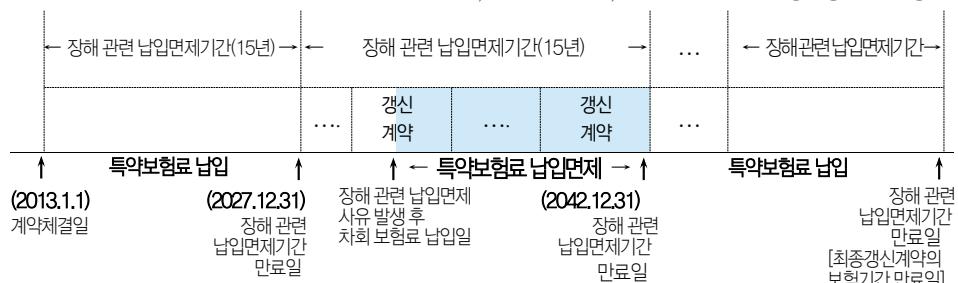
⑨ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유점3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입 해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

- ⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는

그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [“특약의 체결”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-9조(특약의 체결) 제5항에도 불구하고, 제2-3조(보험금 지급 관련 세부사항) 제1항에 해당하는 경우에는 보장하지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경

우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대

출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

양성뇌종양(경계성종양 제외) 대상 질병 분류표

① 약관에 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 수막의 양성신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성신생물	D35.3
5. 송과선의 양성신생물	D35.4

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

별표2

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “경계성 종양으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동 양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “경계성 종양으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “경계성 종양으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “경계성 종양으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “경계성 종양으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “경계성 종양으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “경계성 종양으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “경계성 종양으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “경계성 종양으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “경계성 종양으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “경계성 종양으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “경계성 종양으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “경계성 종양으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표3

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표4

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리 흐색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

2. '기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종(D09)'의 경우 이 특약 제2-1조의7("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “비침습 방광암”은 제외됩니다.
3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2-1조의8("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	--

별표5

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명 <p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>	<p>2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.</p> <p>② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.</p>
설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>

신수술보장특약N(갱신형,무배당) 약관

※ 이 특약의 갱신주기는 3년으로 합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

수술 보장 대상 질병 및 재해 : (별표2) 수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“수술” 의 정의와 장소]

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사 또는 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 하며, 한의사는 제외합니다)가 피보험자의 “수술 보장 대상 질병 및 재해(별표2 참조)”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원(이하 “병원”이라 합니다)에서 의사의 관리하에 “1~7종 수술분류표(별표1 참조)에서 정한 수술코드(이하 “수술코드”라 합니다)”에 해당하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 “수술코드”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 “KDRG”체계로 분류되는 경우에 부여하는 “ADRG” 중 회사가 정한 코드를 말하며, 이에 대한 세부적인 내용은 아래 설명 박스에 기재되어 있습니다.

설명	<ul style="list-style-type: none"> • “KDRG(Korean Diagnosis Related Group)”라 함은 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. • “ADRG(Adjacent DRG)”라 함은 KDRG의 분류과정 중에서 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)에 따라 입원환자를 분류한 다음 그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.
-----------	--

< 1~7종 수술분류표(별표1 참조)상 수술코드 설명 예시 >

※ “A010_4.4(간이식)”의 경우 아래의 ①과 ②가 결합되어 있는 수술코드입니다.

① A010 : 간이식에 대한 ADRG, ② 4.4 : KDRG 버전4.4(2021.1.1 시행)

③ 제2항의 “수술코드”에서 향후 “ADRG”의 개정으로 동일한 수술에 대해 수술코드가 변경되는 경우 이 특약 체결 시점에서 정한 수술코드를 따릅니다. 다만, 이 특약 체결 시점 이후 “ADRG”가 신규 추가되는 경우 회사는 1~7종 수술분류표(별표1 참조)의 구분에 준하여 수술코드를 결정합니다.

설명

- 예를 들어, 특약 체결 시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 “A010_4.4”이였으나, 피보험자가 간이식 수술을 받은 시점의 수술코드가 “A080_5.0”으로 변경된 경우에도 회사는 “A010_4.4”에 해당하는 간이식 수술보험금을 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 수술받은 시점의 “주진단 범주(MDC)와 시술명”을 이 특약 체결 시점의 “KDRG” 기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 “ADRG”가 신규 추가되고 피보험자가 그 수술을 받은 경우 회사는 주진단 범주(MDC)와 시술명을 확인한 후 이 특약 체결 시점에 정한 수술코드를 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결 시점에서 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제3항 및 제4항의 “이 특약 체결 시점”은 제2-10조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에서 정한 재가입형태에 따라 다음 각 호에서 정한 바에 따릅니다.

1. 계약자가 재가입전 특약과 동일한 가입조건으로 재가입하는 경우 : 이 특약의 최초가입 시점

2. 계약자가 재가입전 특약과 다른 가입조건의 새로운 특약으로 재가입하는 경우 : 새로운 특약으로 재가입하는 시점

⑥ 제1항의 “수술”은 [건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2021-132호, 2021. 4. 30)] 제2부(행위 급여 목록 · 상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy) 및 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료는 “수술”에 포함하여 보장합니다.

설명

[건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제2-1조의4 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사가 수술 보장 대상 질병 및 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약의 제2-10조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에서 정한 최초가입에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 최초(갱신)계약의 경우는 최초(갱신)계약일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-1조의4(“입원”의 정의와 장소)에서 정한 입원을 하고 제2-1조의

3(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받고 퇴원하였을 경우 보험수익자에게 수술종류에 따라 다음과 같이 수술보험금을 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의 수술에 한하여 보장하며, 하나의 수술코드당 보험연도 기준 연1회에 한하여 보장합니다.

수술종류	지급 액(수술1회당)
1종 수술	특약보험가입금액의 1%
2종 수술	특약보험가입금액의 2%
3종 수술	특약보험가입금액의 3%
4종 수술	특약보험가입금액의 5%
5종 수술	특약보험가입금액의 10%
6종 수술	특약보험가입금액의 30%
7종 수술	특약보험가입금액의 50%

② 제1항의 “보험연도”는 당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약 해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약 해당일로 합니다.

설명

〈보험연도 계산 예시〉

보험계약일이 2016년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 1회의 입원 중 2가지 이상의 수술을 받고 퇴원하더라도 피보험자의 퇴원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한하여 수술보험금을 지급합니다.

설명

- “ADRG”는 1회의 입원기간 중 2가지 이상의 수술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 해당 종의 수술보험금을 지급합니다.

설명

- “수술종류가 높은 하나의 수술코드”란 2가지 이상의 수술코드 중 수술보험금이 가장 큰 수술 종류의 수술코드를 의미합니다.

③ 피보험자가 동일한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 병원을 이전하여 입원하거나 동일한 병원에 재입원하는 경우 새로운 입원으로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

④ 이 특약의 보험기간이 만료되더라도 피보험자가 계속 중인 입원 중에 이 특약의 보험기간 만료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 만료일은 제외합니다)에서 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항에서 계약자가 제2-10조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에 따라 재가입하는 경우 제4항에서 정한 180일이 지난 이후부터는 재가입 약관에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술(수술코드상 J051 또는 J052, 이하동일)과 유방절제술(수술코드상 J061 또는 J062를 말하며, J063은 제외, 이하동일)을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술이 아니라 유방절제술에 해당하는 수술코드가 발생한 것으로 보아 해당 수술보험금만 지급합니다. 다만, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험연도 기준으로 그 수술코드(유방절제술)로 지급받은 보장횟수가 연 1회를 초과하는 경우에는 해당 수술보험금을 지급하지 않습니다.

설명

- 피보험자가 입원을 하고 유방재건술(J051)과 유방절제술(J061)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 “ADRG”는 유방재건술(J051)입니다. 다만, 이 경우 회사는 제6항에 따라 유방재건술(J051)에 해당되는

“3종 수술보험금”이 아니라 유방절제술(J061)에 해당하는 “6종 수술보험금”을 지급합니다.

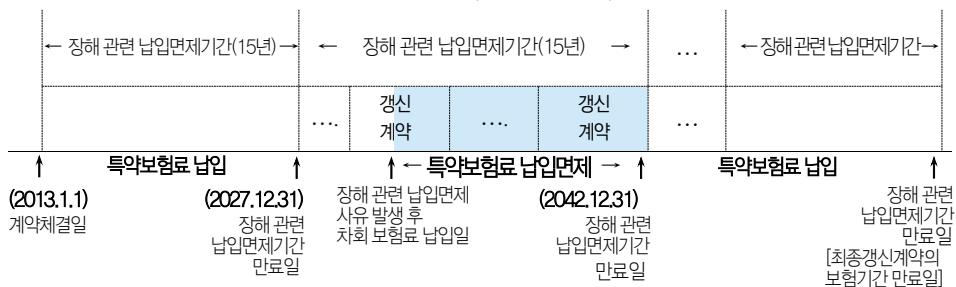
- ⑦ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 입원하고 수술한 후 퇴원시 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 이 특약에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제2-1조의3(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.
- ⑧ 제2항에도 불구하고 제7항에서 해당 입원기간 동안 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 수술보험금과 제7항의 수술코드에 해당하는 수술보험금을 각각 지급합니다.
- ⑨ “단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우도 포함되나, 회사는 제2-2조(보험금의 지급사유)에 서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑩ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑪ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑫ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.
- ⑬ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 계약자가 제2-10조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에 따라 이 특약을 재가입하는 경우에는 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 계약자가 제2-10조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에 따라 이 특약을 재가입하는 경우에는 보험료를 납입하여야 합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입 해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장애의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “진료비 세부내역서(급여 수가코드(EDI코드 포함), 수술증명서, 입퇴원확인서, 진료비계산서, 진단서(진단명, 진단코드, 수술명 포함), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구 시 회사양식의 “급여수가코드(EDI코드 포함) 확인서”에 해당 내용을 작성하여 제출해야 합니다.]

설명

· 급여수가코드는 「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 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [“특약의 체결”에 대한 특칙]

① 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우 “최초가입”이라 합니다.

② 제2-10조의3(보장내용 변경주기)에서 정한 보장내용 변경주기 만료 후 제2-10조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에 따라 특약이 성립되는 경우 “재가입”이라 합니다.

〈최초가입/재가입 예시〉

※ 계약일 2014년 1월 1일

최초가입				재가입				재가입			
최초 계약	갱신 계약	…	최종 갱신 계약	최초 계약	갱신 계약	…	최종 갱신 계약	최초 계약	…	최종 갱신 계약	최초 계약
↑ (2014.1.1) 계약체결일	↑ (2017.1.1) 갱신일		↑ 최종 갱신계약의 보험기간 만료일 (2028.12.31) 재가입일				↑ 최종 갱신계약의 보험기간 만료일 (2043.12.31) (2044. 1. 1) 재가입일				

제2-10조의2 [특약의 갱신]

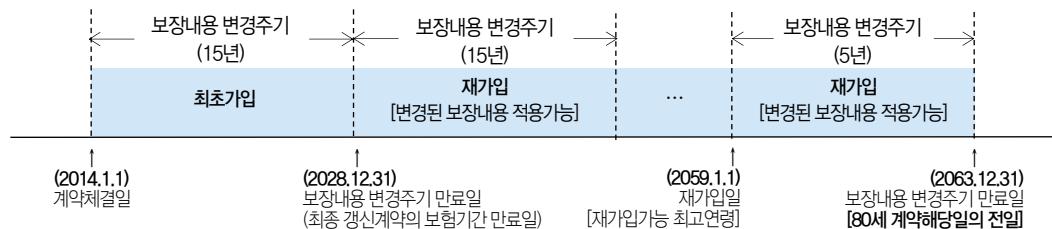
- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
- ⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [보장내용 변경주기]

- ① 이 특약의 보장내용 변경주기란 특약의 보장내용[보장내용 및 범위 등(이하 “보장내용”이라 합니다)]이 관련 법령, “KDRG(ADRG)”의 개정 등에 따라 변경될 수 있는 주기를 말하며 15년으로 합니다. 단, 최초(재)가입할 때 「주계약의 보험기간 만료일」 까지의 남은 기간이 15년 미만일 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경주기로 합니다.

〈보장내용 변경주기 예시〉

※계약일 2014년 1월 1일, 가입나이 30세, 주계약의 보험기간이 종신, “최대 80세 갱신형”의 경우



〈보장내용 변경주기 예시〉

※계약일 2014년 1월 1일, 가입나이 30세, 주계약의 보험기간이 종신, “최대 100세 갱신형”의 경우



② 제1항에서 「주계약의 보험기간 만료일」은 다음 각 호에서 정한 바에 따릅니다.

1. “최대 80세 갱신형”的 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일
2. “최대 100세 갱신형”的 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일
3. 보험기간이 추가되는 경우에는 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 주계약의 보험기간(추가되는 보험기간 제외) 만료일. 다만, 주계약의 보험기간이 종신까지 추가되는 경우에는 “최대 80세 갱신형”은 피보험자의 80세, “최대 100세 갱신형”은 피보험자의 100세 계약해당일의 전일
4. 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약 보험기간

③ 보장내용 변경주기 만료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

제2-10조의4 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
3. 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
4. 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
5. 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3

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

제2-10조의5 [특약의 재가입에 관한 사항]

- ① 회사는 최초가입시 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이후 재가입할 때 인수조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명해야 하고, 이 특약의 재가입 시점에 관련 법령, “KDRG(ADRG)”의 개정 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있음을 안내합니다. 특히, 재가입 시점에 보장내용이 축소될 수 있음을 안내합니다.
- ② 특약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 만료일까지 재가입 의사를 표시한 경우에 한하여 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 보장내용 변경주기 만료일의 다음 날로 재가입 할 수 있습니다.
1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 사업방법서에서 정한 나이의 범위 내일 것
 2. 재가입 전 특약의 보험기간 만료일까지 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 재가입을 하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 수술보장특약(단, 이 특약에서 정한 수술코드와 유사한 체계(ADRG 기준)를 갖는 특약을 말하며, 판매하는 유사특약(ADRG 기준)이 없는 경우 최종 판매했던 특약(ADRG 기준)을 말합니다)으로 가입을 할 수 있습니다. 다만, 이 경우 회사는 재가입시점의 인수 기준에 따라 승낙 또는 승낙 거절을 할 수 있습니다.
- ④ 제3항에 따라 회사가 승낙 거절을 한 경우에 한하여 계약자는 재가입 직전 특약과 동일한 보장내용의 특약으로 재가입이 가능합니다.
- ⑤ 재가입특약의 보험료는 재가입일(갱신계약의 경우는 갱신일) 현재 피보험자의 나이와 재가입시(갱신계약의 경우는 갱신 시)의 기초율을 적용하여 계산합니다. 이때, 보험나이 증가, 기초율의 변경 및 재가입시 보장내용 등의 변경에 따라 재가입시(갱신계약의 경우는 갱신 시) 보험료가 변경(특히, 인상) 될 수 있습니다.
- ⑥ 회사는 재가입전 특약의 보험기간 만료일 30일 이전까지 2회 이상에 걸쳐 계약자에게 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하며, 재가입일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 다시 안내합니다.
- ⑦ 회사가 제6항에 따른 안내를 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 알았을 때에는 제6항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제2-10조의6 [“보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지”의 특칙]

제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제6항에도 불구하고 최초가입시 최초계약의 제2회부터의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약 및 재가입시 최초계약의 제1회부터의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면

으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에

게 반환하여 드립니다.

④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

1~7종 수술 분류표

이 특약의 약관에서 규정하는 수술코드는 다음에서 정한 수술코드를 말합니다.

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
간 이식	간 이식	A010_4.4	7
폐 이식	폐 이식	A020_4.4	7
심장 이식	심장 이식	A030_4.4	7
췌장 이식	췌장 이식	A040_4.4	7
소장 이식	소장 이식	A050_4.4	7
조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061_4.4	7
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062_4.4	7
신장 이식	신장 이식	A070_4.4	7
체외순환막형산화요법(ECMO) , 개심술 미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080_4.4	5
기관 절개술	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091_4.4	1
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092_4.4	1
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093_4.4	1
	기관 절개술(「안면, 구강, 경부 장애」 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094_4.4	1
	기관 절개술(「안면, 구강, 경부 장애」 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095_4.4	1
	기관 절개술(「안면, 구강, 경부 장애」 제외), 인공호흡기 미사용	A096_4.4	1
사지 이식	사지 이식	A100_4.4	7
뇌동맥류 수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011_4.4	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012_4.4	7
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013_4.4	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014_4.4	7
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015_4.4	5
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016_4.4	5
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017_4.4	7
	뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018_4.4	5
뇌혈관 수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021_4.4	7
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022_4.4	7
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023_4.4	5
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024_4.4	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착 · 폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025_4.4	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026_4.4	5
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027_4.4	5
혈증제거술 및 기타 개두술(외상 제외)	혈증제거술(외상 제외)	B031_4.4	7
	두개내 감압술(외상 제외)	B032_4.4	7

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
두개외 혈관수술	두개골 성형술(외상 제외)	B033_4.4	7
	두개외 혈관수술(뇌출증 동반)	B041_4.4	4
	두개외 혈관수술(뇌출증 미동반)	B042_4.4	4
	경피적 두개외 혈관수술	B043_4.4	4
뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050_4.4	7
뇌종양 절제술	복집 천막상부 종양절제술	B061_4.4	7
	단순 천막상부 종양절제술	B062_4.4	7
	복집 천막하부 종양절제술	B063_4.4	7
	단순 천막하부 종양절제술	B064_4.4	7
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065_4.4	5
	경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066_4.4	7
신경계 신경자극기 설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070_4.4	6
뇌전증 수술	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081_4.4	6
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082_4.4	6
정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091_4.4	5
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092_4.4	5
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093_4.4	5
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094_4.4	5
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095_4.4	5
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096_4.4	5
뇌신경 수술	뇌신경 수술	B100_4.4	5
뇌척수액 우회로조성술	뇌척수액 우회로조성술	B110_4.4	4
외상 개두술	혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121_4.4	6
	혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122_4.4	6
	혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123_4.4	6
	두개내 감압술(외상 관련)	B124_4.4	7
	두개골 성형술(외상 관련)	B125_4.4	7
기타 개두술	기타 개두술	B130_4.4	6
천두술	천두술(경막하 또는 경막외)	B141_4.4	4
	천두술(뇌내)	B142_4.4	4
	천두술(기타)	B143_4.4	4
	척수강내 병소절제술	B151_4.4	5
척주강내 병소절제술	척수강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152_4.4	5
	척주강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153_4.4	5
	척주강내 병소절제술(척주고정술 동반)	B154_4.4	5
	척주변형 척주고정술	B161_4.4	5
척주변형 척주고정술	성인기 척주변형 척주고정술(감압술 동반)	B162_4.4	5
	성인기 척주변형 척주고정술(감압술 미동반)	B163_4.4	5
	기타 척주 수술	B171_4.4	4
기타 척주 수술	척주고정술(척수병증 동반)	B172_4.4	4
	척주고정술(척수병증 미동반)	B173_4.4	2
	척주후궁절제술 및 주간판제거술(척수병증 동반)	B174_4.4	2
	기타 척주 수술(척수병증 동반)	B175_4.4	1
	기타 척주 수술(척수병증 미동반)	B176_4.4	1
	척주 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181_4.4	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182_4.4	1
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191_4.4	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192_4.4	1
기타 신경계 수술	주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201_4.4	1
	기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202_4.4	1
	수근관 이완술	B203_4.4	1
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204_4.4	1
	기타 신경계 수술	B205_4.4	1
복잡 척추수술	복잡 척주고정술	B211_4.4	4
	복잡 척주후궁절제술	B212_4.4	2
안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	C011_4.4	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012_4.4	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013_4.4	1
	후안부 관통상 수술	C014_4.4	1
안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	C021_4.4	2
	복잡 안와 수술, 양쪽	C022_4.4	2
	단순 안와 수술	C023_4.4	2
안구 수술(종양 수술 포함)	안구 수술(종양 수술 포함)	C030_4.4	2
망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043_4.4	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044_4.4	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045_4.4	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046_4.4	2
안구 표면재건술	주요 각막이식수술	C051_4.4	2
	기타 각막이식수술	C052_4.4	2
	공막 및 각막윤부이식수술	C053_4.4	2
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061_4.4	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062_4.4	1
	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063_4.4	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064_4.4	1
수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071_4.4	1
	기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072_4.4	1
	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073_4.4	1
후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	C080_4.4	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
녹내장 수술	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091_4.4	2
	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092_4.4	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C093_4.4	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C094_4.4	2
기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101_4.4	1
	기타 단순 안구내 수술	C102_4.4	1
사시 수술	복잡 사시 수술	C111_4.4	1
	단순 사시 수술	C112_4.4	1
안검 수술	복잡 안검 수술, 제 1 형	C121_4.4	1
	복잡 안검 수술, 제 2 형	C122_4.4	1
	복잡 안검 수술, 제 3 형	C123_4.4	1
	주요 안검 수술, 제 1 형	C124_4.4	1
	주요 안검 수술, 제 2 형	C125_4.4	1
	주요 안검 수술, 제 3 형	C126_4.4	1
	기타 안검 수술	C127_4.4	1
눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131_4.4	1
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132_4.4	1
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133_4.4	1
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135_4.4	1
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136_4.4	1
결막 수술	결막낭 재건술	C141_4.4	1
	복잡 결막 수술	C142_4.4	1
	단순 결막 수술	C143_4.4	1
기타 안구외 수술	기타 안구외 수술	C150_4.4	1
내이 수술	귀 이식술	D011_4.4	5
	주요 내이 수술	D012_4.4	3
	단순 내이 수술	D013_4.4	2
중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021_4.4	2
	유양돌기 수술	D022_4.4	2
	고실 수술	D023_4.4	2
	이소골 재건술	D024_4.4	2
	등골수술	D025_4.4	2
	환기관삽입 고막절개술	D026_4.4	2
외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031_4.4	1
	단순 외이 및 귀 수술	D032_4.4	1
귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041_4.4	6
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042_4.4	6
부비동 개방 수술	부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051_4.4	1
	부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052_4.4	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053_4.4	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054_4.4	1
내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061_4.4	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062_4.4	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065_4.4	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066_4.4	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
코 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067_4.4	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068_4.4	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	주요 코 수술	D081_4.4	1
	비중격 및 비갑개수술	D082_4.4	1
	단순 코 수술	D083_4.4	1
후두 및 인두 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090_4.4	6
경부림프절절제술	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101_4.4	6
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102_4.4	6
안면골 수술	경부림프절절제술, 한쪽	D111_4.4	4
	경부림프절절제술, 양쪽	D112_4.4	4
두경부 재건술	악관절 수술	D121_4.4	2
	주요 안면골 수술	D122_4.4	2
	단순 안면골 수술	D123_4.4	2
타액선 수술	두경부 재건술	D130_4.4	2
경부 수술	이하선수술	D141_4.4	2
	악하선 및 설하선 수술	D142_4.4	2
	기타 타액선 수술	D143_4.4	1
	타석제거술	D144_4.4	1
편도 및 아데노이드 수술	경부 수술	D150_4.4	1
구강, 인후두 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161_4.4	1
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162_4.4	1
기타 이비인후, 구강 질환 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171_4.4	1
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172_4.4	1
주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011_4.4	6
기관지경 및 방사선하 수술	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012_4.4	6
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013_4.4	6
	기타 폐 수술	E014_4.4	6
	종격동 수술	E015_4.4	6
	주요 흉곽 수술	E016_4.4	6
	기타 흉곽 수술	E017_4.4	3
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018_4.4	6
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019_4.4	6
	기관지경 및 방사선하 수술	E020_4.4	2
	수면무호흡증후군 수술	E032_4.4	1
기타 호흡기계 수술	호흡기계 기타 단순 수술	E033_4.4	1
	기타 호흡기계 수술	E034_4.4	1
	폐농양 배액술	E520_4.4	1
흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530_4.4	1
자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	F011_4.4	5
	자동체내제세동기 교정술	F012_4.4	5
심장판막 수술(심도자술 사용)	대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021_4.4	7
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022_4.4	7
	폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023_4.4	7
	대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031_4.4	7

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
심장판막 수술(심도자술 미사용)	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032_4.4	7
	폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033_4.4	7
관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041_4.4	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042_4.4	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043_4.4	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044_4.4	7
기타 심흉부 수술	심장 중격결손증 수술	F051_4.4	7
	기타 복잡 심장 기형 교정술	F052_4.4	7
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053_4.4	6
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054_4.4	5
주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061_4.4	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062_4.4	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063_4.4	7
주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071_4.4	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072_4.4	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073_4.4	6
대동맥 경피적 수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081_4.4	4
	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082_4.4	4
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083_4.4	4
	대동맥박리 경피적 수술	F084_4.4	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091_4.4	4
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092_4.4	4
경도관 심장 결손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101_4.4	4
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102_4.4	4
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103_4.4	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111_4.4	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112_4.4	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121_4.4	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122_4.4	4
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133_4.4	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134_4.4	4

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135_4.4	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136_4.4	4
부정맥의 경피적 수술(3 차원 지도화 기능 포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F141_4.4	4
	심방세동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F142_4.4	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F143_4.4	4
부정맥의 경피적 수술(3 차원 지도화 기능 미포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F151_4.4	4
	심방세동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F152_4.4	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F153_4.4	4
경피적 풍선 판막성형술	경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161_4.4	4
	경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162_4.4	4
혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181_4.4	4
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182_4.4	4
말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192_4.4	4
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193_4.4	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194_4.4	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195_4.4	4
기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200_4.4	4
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 설치술	F211_4.4	5
	영구적 심박조율기 교환술	F212_4.4	5
	심박조율기 제거 및 전환술	F213_4.4	1
기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220_4.4	2
순환 장애 절단술(수족부 제외)	순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230_4.4	6
순환 장애 수족부 절단술	순환 장애 수족부 절단술	F240_4.4	3
정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 국소 절제술	F252_4.4	1
	정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253_4.4	1
	정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254_4.4	1
기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260_4.4	1
식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011_4.4	6
	기타 주요 식도 수술	G012_4.4	5
	기타 단순 식도 수술	G013_4.4	4
직장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021_4.4	6
직장절제술(림프절절제 미동반)	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022_4.4	6
	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031_4.4	6
직장절제술(림프절절제 미동반)	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032_4.4	6
	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041_4.4	6
직장절제술	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042_4.4	6
주요 심이지장 수술	주요 심이지장 수술	G050_4.4	6
식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060_4.4	5
위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071_4.4	6
	개복에 의한 위전절제술	G072_4.4	6

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081_4.4	6
	개복에 의한 위아전절제술	G082_4.4	6
기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091_4.4	5
	개복에 의한 기타 위절제술	G092_4.4	5
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093_4.4	5
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094_4.4	5
소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101_4.4	4
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102_4.4	4
기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111_4.4	4
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112_4.4	4
결장 및 직장 전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121_4.4	6
	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122_4.4	6
결장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131_4.4	6
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132_4.4	6
결장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141_4.4	5
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142_4.4	5
기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151_4.4	4
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152_4.4	4
소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171_4.4	5
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172_4.4	5
	장폐색 수술 및 기타 장수술	G173_4.4	3
장루 수술	장루 수술	G180_4.4	3
횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190_4.4	4
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201_4.4	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202_4.4	1
	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203_4.4	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204_4.4	1
총수절제술	복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211_4.4	3
	복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212_4.4	3
	개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213_4.4	3
	개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214_4.4	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221_4.4	1
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222_4.4	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223_4.4	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224_4.4	1
서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230_4.4	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241_4.4	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242_4.4	1
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251_4.4	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252_4.4	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253_4.4	1
복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260_4.4	1
치핵 수술	주요 치핵 수술	G271_4.4	1
	단순 치핵 수술	G272_4.4	1
항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281_4.4	1
	단순 항문 주위 농양 수술	G282_4.4	1
치루 수술	주요 치루 수술	G291_4.4	1
	단순 치루 수술	G292_4.4	1
치열 수술 및 항문협착증 수술	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300_4.4	1
경항문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311_4.4	1
	직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312_4.4	1
화농성한선염 수술	화농성한선염 수술	G320_4.4	1
기타 소화기계 수술	기타 소화기계 수술	G332_4.4	1
소화기계 질환의 혈관색전술	소화기계 질환의 혈관색전술	G340_4.4	3
위내시경 시술	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 경우)	G503_4.4	1
	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504_4.4	1
	위내시경 시술, 당일퇴원	G505_4.4	1
결장경 시술	결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523_4.4	1
	결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524_4.4	1
	결장경 시술, 당일퇴원	G525_4.4	1
구불결장경 시술	구불결장경 시술	G531_4.4	1
	구불결장경 시술, 당일퇴원	G532_4.4	1
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	G540_4.4	1
소장내시경 시술	소장내시경 시술	G550_4.4	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560_4.4	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570_4.4	2
간담도췌장 복합수술	간담도췌장 복합수술	H010_4.4	6
간담도 복합수술	주요 간담도 복합수술	H021_4.4	6
	기타 간담도 복합수술	H022_4.4	5
담도췌장 복합수술	담도췌장 복합수술	H030_4.4	6
간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041_4.4	6
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042_4.4	6
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043_4.4	5
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044_4.4	5

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
간 수술	복강경을 이용한 간 수술	H051_4.4	4
	개복에 의한 간 수술	H052_4.4	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060_4.4	4
	복강경을 이용한 간도 절제술(림프절 절제 동반)	H071_4.4	6
담도 절제술(림프절 절제 동반)	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072_4.4	6
	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081_4.4	5
담도 절제술(림프절 절제 미동반)	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082_4.4	5
	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091_4.4	5
주요 담도 수술	개복에 의한 주요 담도 수술	H092_4.4	5
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101_4.4	4
담낭절제술	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102_4.4	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103_4.4	4
췌장절제술	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104_4.4	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105_4.4	4
췌장 수술	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106_4.4	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107_4.4	4
기타 간담도 및 췌장 시술	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108_4.4	4
	복강경을 이용한 췌장절제술	H111_4.4	6
췌장 수술	개복에 의한 췌장절제술	H112_4.4	6
	복강경을 이용한 췌장 수술	H121_4.4	4
기타 간담도 및 췌장 시술	개복에 의한 췌장 수술	H122_4.4	4
	역행성담췌관내시경 시술	H142_4.4	3
간담도 및 췌장의 경피적시술	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143_4.4	1
	기타 간담도 및 췌장 수술	H144_4.4	3
간담도 및 췌장의 경피적시술	경피적 담관경 시술	H145_4.4	3
	경피적 담관 시술	H146_4.4	3
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152_4.4	3
	담도협착을 위한 경피적 시술	H154_4.4	3
간암의 경피적 치료술	담석제거를 위한 경피적 시술	H155_4.4	3
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156_4.4	5
간암의 경피적 치료술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157_4.4	5
	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500_4.4	1
간암의 경피적 치료술	간암의 경피적 치료술	H510_4.4	5
	간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520_4.4	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011_4.4	4
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012_4.4	3
고관절 재치환술 및 치환술	고관절 전재치환술	I021_4.4	4

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
	고관절 전치환술	I022_4.4	4
	고관절 부분치환술	I023_4.4	4
슬관절 재치환술 및 치환술	슬관절 전재치환술	I031_4.4	3
	슬관절 전치환술	I032_4.4	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	슬관절 부분치환술	I033_4.4	3
	기타 관절 전재치환술	I041_4.4	2
	기타 관절 전치환술	I042_4.4	2
	기타 관절 부분치환술	I043_4.4	2
인공관절삽입물 제거술	인공관절삽입물 제거술	I044_4.4	2
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050_4.4	4
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	I061_4.4	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062_4.4	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063_4.4	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064_4.4	5
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	I071_4.4	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072_4.4	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073_4.4	5
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	I081_4.4	4
	척추고정술(척수병증 미동반)	I082_4.4	4
	척추후궁절제술 및 주간판제거술(척수병증 동반)	I083_4.4	2
기타 척추 수술	척추후궁절제술 및 주간판제거술(척수병증 미동반)	I084_4.4	2
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085_4.4	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086_4.4	1
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091_4.4	1
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092_4.4	1
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101_4.4	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102_4.4	1
절단술	주요 절단술	I111_4.4	6
	기타 절단술	I112_4.4	3
골종양의 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121_4.4	6
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122_4.4	6
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123_4.4	6
	골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124_4.4	2
골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131_4.4	2
	골수염 및 농양 수술(기타)	I132_4.4	1
	근농양 배농술	I133_4.4	1
고관절 및 대퇴부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141_4.4	3
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142_4.4	2
상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	I160_4.4	2
단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	I171_4.4	2
	단단성형술(수족지)	I172_4.4	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
견부 수술	회전근개 수술	I181_4.4	1
	관절외순 수술	I182_4.4	1
	복수 진단 견부 수술	I183_4.4	1
	기타 견부 수술	I184_4.4	1
슬부 수술	십자인대 수술	I191_4.4	1
	반달연골 수술, 양쪽	I192_4.4	1
	반달연골 수술, 한쪽	I193_4.4	1
	기타 슬관절 수술	I194_4.4	1
주관절 및 전완부 수술	주관절 및 전완부 수술	I200_4.4	1
족부 및 족관절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211_4.4	1
	족관절 골연골 병변 수술	I212_4.4	1
	기타 족부 및 족관절 수술	I213_4.4	1
체내고정장치 제거술	체내고정장치 제거술	I220_4.4	1
완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	I251_4.4	1
	단순 완관절 및 수부 수술	I252_4.4	1
미세혈관 조직이식 및 피부이식	미세혈관 조직이식	I261_4.4	3
	기타 피판술	I262_4.4	2
	피부 및 지방 이식술	I263_4.4	2
연조직 수술	복잡한 연조직 수술	I271_4.4	1
	주요 연조직 수술	I272_4.4	1
	단순 연조직 수술	I273_4.4	1
기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	I281_4.4	3
	대퇴부 골절 수술	I282_4.4	3
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283_4.4	3
	족관절 및 족부 골절 수술	I284_4.4	2
	견부 및 상완골 골절 수술	I285_4.4	3
	전완부 골절 수술	I286_4.4	2
기타 결합조직 수술	수부 골절 수술	I287_4.4	1
	기타 결합조직 수술	I290_4.4	1
복잡 인공관절치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301_4.4	4
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302_4.4	4
	복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303_4.4	2
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304_4.4	4
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305_4.4	2
	복잡 인공관절부분치환술	I306_4.4	3
복잡 척추수술	복잡 척추고정술	I311_4.4	4
	복잡 척추후궁골절제술	I312_4.4	2
복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321_4.4	2
	복잡 관절고정술	I322_4.4	2
	복잡 사지관절절제술	I323_4.4	1
	복잡 가관절수술	I324_4.4	2
	복잡 반월판연골절제술	I325_4.4	1
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	복잡 화농성관절염절개술	I331_4.4	1
	복잡 골수염 및 농양수술	I332_4.4	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500_4.4	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010_4.4	3
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우)	피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021_4.4	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022_4.4	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외)	피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031_4.4	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032_4.4	2
기타 피부, 피하조직수술	피부 및 연조직 악성종양 적제술	J041_4.4	4
	피부 및 연조직 수술	J042_4.4	1
	기타 피부, 피하조직수술	J043_4.4	1
유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051_4.4	3
	보형물을 이용한 유방재건술	J052_4.4	3
주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061_4.4	6
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062_4.4	6
	유방절제술(악성종양 제외)	J063_4.4	2
단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071_4.4	1
	절개에 의한 단순 유방 수술	J072_4.4	1
액와 수술	액와 수술(악성종양의 경우)	J081_4.4	4
	액와 수술(악성종양 제외)	J082_4.4	1
기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090_4.4	1
항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100_4.4	1
교감신경절제술	교감신경절제술	J110_4.4	2
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011_4.4	6
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012_4.4	3
뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021_4.4	7
	복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023_4.4	7
	단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024_4.4	7
부신 수술	복강경을 이용한 부신수술	K031_4.4	4
	개복에 의한 부신수술	K032_4.4	4
내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041_4.4	2
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042_4.4	2
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043_4.4	2
부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051_4.4	2
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052_4.4	2
주요 갑상선 악성 종양 수술	주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063_4.4	4
	주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064_4.4	4
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075_4.4	2
	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076_4.4	2
기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080_4.4	1
기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	복강경을 이용한 비만대사수술	K091_4.4	1
	개복에 의한 비만대사수술	K092_4.4	1
	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490_4.4	1
복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010_4.4	2
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021_4.4	6

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
신장 및 신우 수술	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022_4.4	6
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023_4.4	6
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024_4.4	5
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025_4.4	4
	전립선 신생물 수술	L026_4.4	4
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027_4.4	6
방광 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031_4.4	4
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032_4.4	4
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033_4.4	3
	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034_4.4	3
요관 수술	요관 수술	L040_4.4	2
요도 수술	개복에 의한 방광 수술	L051_4.4	4
	경피적 방광 수술	L052_4.4	2
	경요도 방광 수술	L053_4.4	1
전립선 수술	전립선 수술	L060_4.4	2
요로 결석 수술	주요 요도 수술	L071_4.4	1
	요도경하 요도 수술	L072_4.4	1
	기타 요도 수술	L073_4.4	1
	복잡 요실금 수술	L074_4.4	1
	단순 요실금 수술	L075_4.4	1
요로 결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081_4.4	4
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082_4.4	4
	경요도적 요관 결석 수술	L083_4.4	2
	방광 및 요도 결석 수술	L084_4.4	4
	연성내시경하 수술	L085_4.4	2
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091_4.4	1
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092_4.4	1
요로 질환 수술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101_4.4	3
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102_4.4	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	경요도 요로 질환 수술	L111_4.4	1
	외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112_4.4	1
기타 신장 및 비뇨기계 시술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120_4.4	2
방광요도경 시술	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131_4.4	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132_4.4	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133_4.4	2
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134_4.4	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	방광요도경 시술	L510_4.4	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520_4.4	1
남성 골반 수술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530_4.4	1
전립선 적출술	남성 골반 수술	M010_4.4	1
	주요 전립선 적출술	M021_4.4	4
	기타 전립선 적출술	M022_4.4	3

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030_4.4	1
음경 수술	복잡 음경 수술	M041_4.4	1
	단순 음경 수술	M042_4.4	1
	페이로니 병 수술	M043_4.4	1
포경수술	포경수술	M050_4.4	1
요도 수술	주요 요도 수술	M061_4.4	1
	단순 요도 수술	M062_4.4	1
음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071_4.4	1
	단순 음낭 수술	M072_4.4	1
고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081_4.4	4
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082_4.4	4
	단순 고환 수술	M083_4.4	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091_4.4	4
	개복에 의한 정계정맥류	M092_4.4	4
	고환 및 생식기 적출술	M093_4.4	6
기타 남성생식기계 시술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101_4.4	4
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102_4.4	1
방광요도경 시술	방광요도경 시술	M500_4.4	1
자궁 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011_4.4	6
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012_4.4	6
주요 자궁절제술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021_4.4	2
	개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N022_4.4	2
단순 자궁 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031_4.4	2
	개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032_4.4	2
난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041_4.4	6
	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042_4.4	6
난소 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051_4.4	2
	개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052_4.4	2
부속기 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061_4.4	2
	개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062_4.4	2
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071_4.4	5
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072_4.4	5
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081_4.4	1
	자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082_4.4	1
기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091_4.4	1
	개복에 의한 기타 골반 수술	N092_4.4	1
주요 여성생식기계 복원술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101_4.4	1
	개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102_4.4	1
기타 여성생식기계 복원술	기타 여성생식기계 복원술	N110_4.4	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121_4.4	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
자궁경 수술	자궁경 수술	N130_4.4	1
자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141_4.4	1
기타 여성생식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술 개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N161_4.4 N162_4.4	1 1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180_4.4	2
제왕절개분만(단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	O011_4.4	1
	고위험 제왕절개분만(단태아)	O012_4.4	1
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013_4.4	1
제왕절개분만(다태아)	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022_4.4	1
	일반 제왕절개분만(다태아)	O023_4.4	1
	고위험 제왕절개분만(다태아)	O024_4.4	1
자궁외 임신 주요 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술 개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O081_4.4 O082_4.4	4 4
자궁외 임신 기타 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술 개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O091_4.4 O092_4.4	4 4
자궁경관봉축술	치료적 자궁경관봉축술	O102_4.4	1
분만 및 유산후 관련 장애(수술 시행)	분만 및 유산후 관련 장애(수술 시행)	O110_4.4	1
자궁소파술 및 흡인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	O120_4.4	1
분만 및 유산 관련 자궁적출술	분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130_4.4	2
분만 및 유산 관련 경피적 혈관수술	분만 및 유산 관련 경피적 혈관수술	O141_4.4	2
산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	O142_4.4	2
비장 절제술	성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012_4.4	4
	성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013_4.4	4
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010_4.4	7
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020_4.4	5
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030_4.4	5
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040_4.4	4
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	W050_4.4	3
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011_4.4	3
	하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012_4.4	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021_4.4	3
	수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022_4.4	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030_4.4	3
하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술	X041_4.4	2
	하지 손상의 기타 수술	X042_4.4	1
수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술	X051_4.4	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
	수부 손상의 기타 수술	X052_4.4	1
기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060_4.4	1
중증 화상(피부 이식 동반)	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010_4.4	5
중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020_4.4	2
기타화상(피부 이식 동반)	기타화상(피부 이식 동반)	Y030_4.4	1

(주) 1. 상기의 “수술코드”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 “KDRG”체계로 분류되는 경우에 부여하는 “ADRG” 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

2. “KDRG(Korean Diagnosis Related Group)”는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. 또한, “ADRG(Adjacent DRG)”는 KDRG의 분류과정 중에서 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)에 따라 입원환자를 분류한 다음 그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

3. (주)1에도 불구하고 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 이 특약에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우도 포함합니다.

4. (주)1에도 불구하고 “단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우도 포함합니다.

5. 이 특약은 KDRG 버전4.4의 “ADRG” 중 다음의 “ADRG”는 보장하지 않습니다.

① “ADRG”에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60~99”에 해당하는 경우

(예시) “ADRG”가 “B601”의 경우 첫번째 자리[알파벳(“B”)]을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 특약에서 보장하지 않습니다.

② 아래 표에 기재된 ADRG

대분류명	수술명	ADRG
신경계 면역요법	치료적 성분채집술	B501
	신경계 면역요법	B502
뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시	B510
자기뇌파검사 지도화	자기뇌파검사 지도화	B520
코성형술	코성형술	D070
구순열 및 구개열 수술	구순열 및 구개열 수술	D180
구강내 수술	치조골 수술	D191
	구강내 점막수술	D192
	단순 혀 수술	D193
발치	발치	D300
보존치료	치아 보존치료	D502
기타 호흡기계 수술	호흡기 질환을 위한 진단적 시술	E031
호흡기계 질환, 침습적 인공호흡기 96 시간 이상	침습적 인공호흡기 96 시간 이상(신대체요법 동반)	E501
	침습적 인공호흡기 96 시간 이상(신대체요법 미동반)	E502
호흡기계 질환, 침습적 인공호흡기 96 시간 미만	침습적 인공호흡기 96 시간 미만(신대체요법 동반)	E511
	침습적 인공호흡기 96 시간 미만(신대체요법 미동반)	E512
경기관지 폐생검	경기관지 폐생검	E540
폐흉부질환의 침흡인 생검	폐흉부질환의 침흡인 생검	E550
선천성 심장병 협착 질환의 경피적 수술	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)	F171

대분류명	수술명	ADRG
	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)	F172
	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술	F173
진단 목적의 경피적 심혈관 시술	심장 전기 생리 검사	F501
	심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술	F502
	진단적 관상동맥 조영술	F503
	심근생검	F504
	심낭천자	F505
선천성 결장 및 직장항문 기형 수술	선천성 거대결장 및 장무공증 수술	G161
	주요 직장항문 기형 수술	G162
	기타 직장항문 기형 수술	G163
기타 소화기계 수술	소화기계 질환을 위한 진단적 시술	G331
간담도 진단적 시술	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)	H131
	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)	H132
진단적 역행성담췌관내시경	진단적 역행성담췌관내시경	H530
관절경검사	관절경검사	I230
생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술	I240
근골격계 질환의 침생검	근골격계 질환의 침생검	I510
유방재건술	유두 및 유륜재건술	J053
유방 질환의 침흡인생검	유방 질환의 침흡인생검	J500
갑상선 질환의 침흡인생검	갑상선 질환의 침흡인생검	K500
요로 질환 수술	선천성 요로 질환 수술	L113
요관경검사	요관경검사	L500
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	정관 수술	M094
전립선 생검	전립선 생검	M510
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술	N122
자궁소파술	진단적 자궁소파술	N142
여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술	N151
	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술	N152
방사선원삽입요법(악성종양의 경우)	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)	N170
질식분만(초산)	일반 질식분만(초산)	O041
	고위험 질식분만(초산)	O042
질식분만(경산)	일반 질식분만(경산)	O051
	고위험 질식분만(경산)	O052
제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만	O061
	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만	O062
질식분만(복합 수술 동반)	질식분만(복합 수술 동반)	O073
자궁경관봉축술	예방적 자궁경관봉축술	O101
입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)	P010
신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술	P020
신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)	P030
신생아, 입원시 체중 750~999g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 750~999g(중요 수술 시행)	P040
신생아, 입원시 체중 1000~1249g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 1000~1249g(중요 수술 시행)	P050
신생아, 입원시 체중 1250~1499g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 1250~1499g(중요 수술 시행)	P060
신생아, 입원시 체중 1500~1999g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 1500~1999g(중요 수술 시행)	P070
신생아, 입원시 체중 2000~2499g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 2000~2499g(중요 수술 시행)	P080
신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)	P090
비장 절제술	소아의 비장 절제술	Q011
기타 혈액 및 조혈기관 수술	기타 혈액 및 조혈기관 수술	Q020
림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010

대분류명	수술명	ADRG
기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020
림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)	R030
기타 신생물 질환(기타 수술 시행)	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)	R040
치료적 성분채집술	치료적 성분채집술	R500
감염 및 기생충 질환 수술	파혈증 수술(합병증 동반)	T011
	파혈증 수술(합병증 미동반)	T012
	외상 후 감염 수술	T013
	수술 후 감염 수술	T014
	기타 감염 질환 수술	T015
정신장애 치료목적의 수술	정신장애 치료목적의 수술	U010
기타 보건의료서비스에 관한 수술	기타 보건의료서비스에 관한 수술	Z010

③ KDRG 버전4.4에서 규정한 “Error DRG” 및 “960 DRG”

– Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”이라 함은 주진단 범주(MDC)와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

※ “960 DRG”이라 함은 “Error DRG”는 아니지만 입원 2일 이내에 조기사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다.

별표2

수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표

1. “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 정의

이 보험약관에서 “수술 보장 대상 질병 및 재해”는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류 상의(A00~Y98)에 해당하는 「질병의 진단 및 재해 발생」
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병 진단

2. “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않습니다.

- ① 다음의 “가~마”에 해당하는 사항

- 가. 정신 및 행동장애(F04~F99)
- 나. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- 다. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)
- 라. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)
- 마. 한의병명, 한의병증 및 사상체질병증(U22~U32,U50~U79,U95~U98)

- ② 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

- ③ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

- ④ 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

- ⑤ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우

- ⑥ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

- ⑦ 고의적 자해로 인한 경우 [단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서의 자해는 제외]

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 상의 분류

번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”인 경우에는 약관에서 규정하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”로 봅니다.

2. 발생(진단) 시점에 상기 「1. “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 정의 및 2. “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않는 사항」 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 “수술 보장 대상 질병 및 재해의 분류”가 추가 또는 제외되더라도 상기 「1. “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 정의 및 2. “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않는 사항」 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “

수술 보장 대상 질병 및 재해"로 볼 수 있어 「질병의 진단 및 재해 발생」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"로 보지 않습니다.

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

신수술보장특약ⅡN(갱신형,무배당) 약관

※ 이 특약의 갱신주기는 3년으로 합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

수술 보장 대상 질병 및 재해 : (별표2) 수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“수술”의 정의와 장소]

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사 또는 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 하며, 한의사는 제외합니다)가 피보험자의 “수술 보장 대상 질병 및 재해(별표2 참조)”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원(이하 “병원”이라 합니다)에서 의사의 관리하에 “1~7종 수술분류표(별표1 참조)에서 정한 수술코드(이하 “수술코드”라 합니다)”에 해당하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 “수술코드”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 “KDRG”체계로 분류되는 경우에 부여하는 “ADRG” 중 회사가 정한 코드를 말하며, 이에 대한 세부적인 내용은 아래 설명 박스에 기재되어 있습니다.

설명	<ul style="list-style-type: none"> • “KDRG(Korean Diagnosis Related Group)”라 함은 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. • “ADRG(Adjacent DRG)”라 함은 KDRG의 분류과정 중에서 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)에 따라 입원환자를 분류한 다음 그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.
-----------	--

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • 이 약관에서는 KDRG의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다. |
|--|---|

< 1~7종 수술분류표(별표1 참조)상 수술코드 설명 예시 >

※ “A010_4.4(간이식)”의 경우 아래의 ①과 ②가 결합되어 있는 수술코드입니다.

① A010 : 간이식에 대한 ADRG, ② 4.4 : KDRG 버전4.4(2021.1.1 시행)

③ 제2항의 “수술코드”에서 향후 “ADRG”의 개정으로 동일한 수술에 대해 수술코드가 변경되는 경우 이 특약 체결 시점에서 정한 수술코드를 따릅니다. 다만, 이 특약 체결 시점 이후 “ADRG”가 신규 추가되는 경우 회사는 1~7종 수술분류표(별표1 참조)의 구분에 준하여 수술코드를 결정합니다.

설명	<ul style="list-style-type: none"> · 예를 들어, 특약 체결 시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 “A010_4.4”이였으나, 피보험자가 간이식 수술을 받은 시점의 수술코드가 “A080_5.0”으로 변경된 경우에도 회사는 “A010_4.4”에 해당하는 간이식 수술보험금을 지급합니다. · 회사는 피보험자가 수술받은 시점의 “주진단 범주(MDC)와 시술명”을 이 특약 체결 시점의 “KDRG” 기준에 적용합니다. · 신의료수술 도입 등의 이유로 “ADRG”가 신규 추가되고 피보험자가 그 수술을 받은 경우 회사는 주진단 범주(MDC)와 시술명을 확인한 후 이 특약 체결 시점에 정한 수술코드를 기준으로 보험금을 지급합니다.
----	---

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결 시점에서 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제3항 및 제4항의 “이 특약 체결 시점”은 제2-10조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에서 정한 재가입형태에 따라 다음 각 호에서 정한 바에 따릅니다.

1. 계약자가 재가입전 특약과 동일한 가입조건으로 재가입하는 경우 : 이 특약의 최초가입 시점
2. 계약자가 재가입전 특약과 다른 가입조건의 새로운 특약으로 재가입하는 경우 : 새로운 특약으로 재가입하는 시점

⑥ 제1항의 “수술”은 [건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2021-132호, 2021. 4. 30)] 제2부(행위 급여 목록 · 상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy) 및 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료는 “수술”에 포함하여 보장합니다.

설명	[건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.
----	---

제2-1조의4 [“입원” 의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사가 수술 보장 대상 질병 및 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의5 [“통원” 의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사가 수술 보장 대상 질병 및 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원에 입실하지 않고, 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의6 [특약의 보장개시일]

이 특약의 제2-10조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에서 정한 최초가입에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 최초(갱신)계약의 경우는 최초(갱신)계약일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-1조의3(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험 수익자에게 수술종류에 따라 다음과 같이 수술보험금을 지급합니다. 다만, 「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일 1회의 통원에 한함)당 1회의 수술」에 한하여 보장하며, 하나의 수술코드당 보험연도 기준 연1회에 한하여 보장 합니다.

수술종류	지 급 액(수술1회당)
1종 수술	특약보험가입금액의 1%
2종 수술	특약보험가입금액의 2%
3종 수술	특약보험가입금액의 3%
4종 수술	특약보험가입금액의 5%
5종 수술	특약보험가입금액의 10%
6종 수술	특약보험가입금액의 30%
7종 수술	특약보험가입금액의 50%

② 제1항의 “보험연도”는 당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명

〈보험연도 계산 예시〉

보험계약일이 2016년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 1회의 입원 중 2가지 이상의 수술을 받고 퇴원하더라도 피보험자의 퇴원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 수술보험금을 지급합니다. 또한, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 1회의 통원 중 2가지 이상의 수술을 받은 경우 피보험자의 통원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 수술보험금을 지급합니다.

설명

- “ADRG”는 1회의 입원기간 중 2가지 이상의 수술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.
- “ADRG”는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 해당 종의 수술보험금을 지급합니다.

설명

- “수술종류가 높은 하나의 수술코드”란 2가지 이상의 수술코드 중 수술보험금이 가장 큰 수술 종류의 수술코드를 의미합니다.

③ 피보험자가 동일한 수술 보장 대상 질병 및 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 병원을 이전하여 입원하거나

동일한 병원에 재입원하는 경우 새로운 입원으로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

④ 이 특약의 보험기간이 만료되더라도 피보험자가 계속 중인 입원 중에 이 특약의 보험기간 만료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 만료일은 제외합니다)에서 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항에서 계약자가 제2-10조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에 따라 재가입하는 경우 제4항에서 정한 180일이 지난 이후부터는 재가입 약관에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술(수술코드상 J051 또는 J052, 이하동일)과 유방절제술(수술코드상 J061 또는 J062를 말하며, J063은 제외, 이하동일)을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술이 아니라 유방절제술에 해당하는 수술코드가 발생한 것으로 보아 해당 수술보험금만 지급합니다. 다만, 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험연도 기준으로 그 수술코드(유방절제술)로 지급받은 보장횟수가 연 1회를 초과하는 경우에는 해당 수술보험금을 지급하지 않습니다.

설명

- 피보험자가 입원을 하고 유방재건술(J051)과 유방절제술(J061)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 “ADRG”는 유방재건술(J051)입니다. 다만, 이 경우 회사는 제6항에 따라 유방재건술(J051)에 해당되는 “3종 수술보험금”이 아니라 유방절제술(J061)에 해당하는 “6종 수술보험금”을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 이 특약에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제2-1조의 3(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.

⑧ 제2항에도 불구하고 제7항에서 해당 입원기간 동안 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 수술보험금과 제7항의 수술코드에 해당하는 수술보험금을 각각 지급합니다.

⑨ “단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우도 포함되나, 회사는 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

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

⑪ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑫ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

⑬ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 계약자가 제2-10조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에 따라 이 특약을 재가입하는 경우에는 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 계약자가 제2-10조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에 따라 이 특약을 재가입하는 경우에는 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5

항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉						
※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우						
← 장해 관련 납입면제기간(15년) →	← 장해 관련 납입면제기간(15년) →	← 장해 관련 납입면제기간 →		
↑ 특약보험료 납입 (2013.1.1) 계약체결일	↑ 특약보험료 납입 (2027.12.31) 장해 관련 납입면제기간 만료일	↑ ← 특약보험료 납입면제 → ↑ 장해 관련 납입면제 시유 발생 후 차회 보험료 납입일	↑ (2042.12.31) 장해 관련 납입면제기간 만료일	↑ 특약보험료 납입	↑ 장해 관련 납입면제기간 만료일 [최종갱신계약의 보험기간 만료일]	
...	갱신 계약	...	갱신 계약	...		

※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입 해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표

(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “진료비 세부내역서(급여 수가코드(EDI코드 포함), 수술증명서, 입퇴원확인서, 진료비계산서, 진단서(진단명, 진단코드, 수술명 포함), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등)”을 말합니다.

[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구 시 회사양식의 “급여수가코드(EDI코드 포함) 확인서”에 해당 내용을 작성하여 제출해야 합니다]

설명

· 급여수가코드는 「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 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [“특약의 체결”에 대한 특칙]

① 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우 “최초가입”이라 합니다.

② 제2-10조의3(보장내용 변경주기)에서 정한 보장내용 변경주기 만료 후 제2-10조의5(특약의 재가입에 관한 사항)에 따라 특약이 성립되는 경우 “재가입”이라 합니다.

〈최초가입/재가입 예시〉

※ 계약일 2014년 1월 1일

최초가입				재가입				재가입			
최초 계약	갱신 계약	…	최종 갱신 계약	최초 계약	갱신 계약	…	최종 갱신 계약	최초 계약	…	최종 갱신 계약	최초 계약
(2014.1.1) 계약체결일	(2017.1.1) 갱신일			(2028.12.31) 최종 갱신계약의 보험기간 만료일 (2029. 1. 1) 재가입일				(2043.12.31) 최종 갱신계약의 보험기간 만료일 (2044. 1. 1) 재가입일			

제2-10조의2 [특약의 갱신]

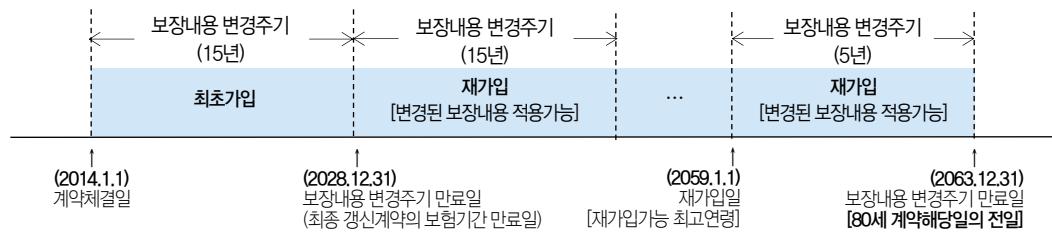
- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
- ⑦ 제6항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [보장내용 변경주기]

- ① 이 특약의 보장내용 변경주기란 특약의 보장내용[보장내용 및 범위 등(이하 “보장내용”이라 합니다)]이 관련 법령, “KDRG(ADRG)”의 개정 등에 따라 변경될 수 있는 주기를 말하며 15년으로 합니다. 단, 최초(재)가입할 때 「주계약의 보험기간 만료일」 까지의 남은 기간이 15년 미만일 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경주기로 합니다.

〈보장내용 변경주기 예시〉

※계약일 2014년 1월 1일, 가입나이 30세, 주계약의 보험기간이 종신, “최대 80세 갱신형”의 경우



〈보장내용 변경주기 예시〉

※계약일 2014년 1월 1일, 가입나이 30세, 주계약의 보험기간이 종신, “최대 100세 갱신형”의 경우



② 제1항에서 「주계약의 보험기간 만료일」은 다음 각 호에서 정한 바에 따릅니다.

1. “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일
2. “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일
3. 보험기간이 추가되는 경우에는 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 주계약의 보험기간(추가되는 보험기간 제외) 만료일. 다만, 주계약의 보험기간이 종신까지 추가되는 경우에는 “최대 80세 갱신형”은 피보험자의 80세, “최대 100세 갱신형”은 피보험자의 100세 계약해당일의 전일
4. 주계약이 갱신형보험인 경우 주계약의 최종 갱신계약 보험기간

③ 보장내용 변경주기 만료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

제2-10조의4 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
3. 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
4. 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
5. 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3

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

제2-10조의5 [특약의 재가입에 관한 사항]

- ① 회사는 최초가입시 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이후 재가입할 때 인수조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명해야 하고, 이 특약의 재가입 시점에 관련 법령, “KDRG(ADRG)”의 개정 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있음을 안내합니다. 특히, 재가입 시점에 보장내용이 축소될 수 있음을 안내합니다.
- ② 특약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 만료일까지 재가입 의사를 표시한 경우에 한하여 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 보장내용 변경주기 만료일의 다음 날로 재가입 할 수 있습니다.
1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 사업방법서에서 정한 나이의 범위 내일 것
 2. 재가입 전 특약의 보험기간 만료일까지 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 재가입을 하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 수술보장특약(단, 이 특약에서 정한 수술코드와 유사한 체계(ADRG 기준)를 갖는 특약을 말하며, 판매하는 유사특약(ADRG 기준)이 없는 경우 최종 판매했던 특약(ADRG 기준)을 말합니다)으로 가입을 할 수 있습니다. 다만, 이 경우 회사는 재가입시점의 인수 기준에 따라 승낙 또는 승낙 거절을 할 수 있습니다.
- ④ 제3항에 따라 회사가 승낙 거절을 한 경우에 한하여 계약자는 재가입 직전 특약과 동일한 보장내용의 특약으로 재가입이 가능합니다.
- ⑤ 재가입특약의 보험료는 재가입일(갱신계약의 경우는 갱신일) 현재 피보험자의 나이와 재가입시(갱신계약의 경우는 갱신 시)의 기초율을 적용하여 계산합니다. 이때, 보험나이 증가, 기초율의 변경 및 재가입시 보장내용 등의 변경에 따라 재가입시(갱신계약의 경우는 갱신 시) 보험료가 변경(특히, 인상) 될 수 있습니다.
- ⑥ 회사는 재가입전 특약의 보험기간 만료일 30일 이전까지 2회 이상에 걸쳐 계약자에게 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하며, 재가입일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 다시 안내합니다.
- ⑦ 회사가 제6항에 따른 안내를 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 알았을 때에는 제6항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제2-10조의6 [“보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지”의 특칙]

제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제6항에도 불구하고 최초가입시 최초계약의 제2회부터의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약 및 재가입시 최초계약의 제1회부터의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면

으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에

게 반환하여 드립니다.

④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

1~7종 수술 분류표

이 특약의 약관에서 규정하는 수술코드는 다음에서 정한 수술코드를 말합니다.

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
간 이식	간 이식	A010_4.4	7
폐 이식	폐 이식	A020_4.4	7
심장 이식	심장 이식	A030_4.4	7
췌장 이식	췌장 이식	A040_4.4	7
소장 이식	소장 이식	A050_4.4	7
조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061_4.4	7
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062_4.4	7
신장 이식	신장 이식	A070_4.4	7
체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080_4.4	5
기관 절개술	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091_4.4	1
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092_4.4	1
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093_4.4	1
	기관 절개술(「안면, 구강, 경부 장애」 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094_4.4	1
	기관 절개술(「안면, 구강, 경부 장애」 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095_4.4	1
	기관 절개술(「안면, 구강, 경부 장애」 제외), 인공호흡기 미사용	A096_4.4	1
사지 이식	사지 이식	A100_4.4	7
뇌동맥류 수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011_4.4	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012_4.4	7
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013_4.4	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014_4.4	7
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015_4.4	5
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016_4.4	5
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017_4.4	7
	뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018_4.4	5
뇌혈관 수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021_4.4	7
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022_4.4	7
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023_4.4	5
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024_4.4	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착 · 폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025_4.4	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026_4.4	5
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027_4.4	5
혈증제거술 및 기타 개두술(외상 제외)	혈증제거술(외상 제외)	B031_4.4	7
	두개내 감압술(외상 제외)	B032_4.4	7

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
두개외 혈관수술	두개골 성형술(외상 제외)	B033_4.4	7
	두개외 혈관수술(뇌출증 동반)	B041_4.4	4
	두개외 혈관수술(뇌출증 미동반)	B042_4.4	4
	경피적 두개외 혈관수술	B043_4.4	4
뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050_4.4	7
뇌종양 절제술	복집 천막상부 종양절제술	B061_4.4	7
	단순 천막상부 종양절제술	B062_4.4	7
	복집 천막하부 종양절제술	B063_4.4	7
	단순 천막하부 종양절제술	B064_4.4	7
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065_4.4	5
	경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066_4.4	7
신경계 신경자극기 설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070_4.4	6
뇌전증 수술	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081_4.4	6
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082_4.4	6
정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091_4.4	5
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092_4.4	5
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093_4.4	5
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094_4.4	5
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095_4.4	5
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096_4.4	5
뇌신경 수술	뇌신경 수술	B100_4.4	5
뇌척수액 우회로조성술	뇌척수액 우회로조성술	B110_4.4	4
외상 개두술	혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121_4.4	6
	혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122_4.4	6
	혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123_4.4	6
	두개내 감압술(외상 관련)	B124_4.4	7
	두개골 성형술(외상 관련)	B125_4.4	7
기타 개두술	기타 개두술	B130_4.4	6
천두술	천두술(경막하 또는 경막외)	B141_4.4	4
	천두술(뇌내)	B142_4.4	4
	천두술(기타)	B143_4.4	4
	척수강내 병소절제술	B151_4.4	5
척추강내 병소절제술	척수강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152_4.4	5
	척수강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153_4.4	5
	척수강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154_4.4	5
	척수변형 척추고정술	B161_4.4	5
척수변형 척추고정술	성인기 척수변형 척추고정술(감압술 동반)	B162_4.4	5
	성인기 척수변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163_4.4	5
	기타 척추 수술	B171_4.4	4
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	B172_4.4	4
	척추고정술(척수병증 미동반)	B173_4.4	2
	척추후궁절제술 및 주간판제거술(척수병증 동반)	B174_4.4	2
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175_4.4	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176_4.4	1
	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181_4.4	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182_4.4	1
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191_4.4	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192_4.4	1
기타 신경계 수술	주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201_4.4	1
	기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202_4.4	1
	수근관 이완술	B203_4.4	1
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204_4.4	1
	기타 신경계 수술	B205_4.4	1
복잡 척추수술	복잡 척주고정술	B211_4.4	4
	복잡 척주후궁절제술	B212_4.4	2
안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	C011_4.4	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012_4.4	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013_4.4	1
	후안부 관통상 수술	C014_4.4	1
안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	C021_4.4	2
	복잡 안와 수술, 양쪽	C022_4.4	2
	단순 안와 수술	C023_4.4	2
안구 수술(종양 수술 포함)	안구 수술(종양 수술 포함)	C030_4.4	2
망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043_4.4	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044_4.4	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045_4.4	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046_4.4	2
안구 표면재건술	주요 각막이식수술	C051_4.4	2
	기타 각막이식수술	C052_4.4	2
	공막 및 각막윤부이식수술	C053_4.4	2
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061_4.4	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062_4.4	1
	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063_4.4	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064_4.4	1
수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071_4.4	1
	기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072_4.4	1
	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073_4.4	1
후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	C080_4.4	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
녹내장 수술	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091_4.4	2
	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092_4.4	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C093_4.4	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C094_4.4	2
기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101_4.4	1
	기타 단순 안구내 수술	C102_4.4	1
사시 수술	복잡 사시 수술	C111_4.4	1
	단순 사시 수술	C112_4.4	1
안검 수술	복잡 안검 수술, 제 1 형	C121_4.4	1
	복잡 안검 수술, 제 2 형	C122_4.4	1
	복잡 안검 수술, 제 3 형	C123_4.4	1
	주요 안검 수술, 제 1 형	C124_4.4	1
	주요 안검 수술, 제 2 형	C125_4.4	1
	주요 안검 수술, 제 3 형	C126_4.4	1
	기타 안검 수술	C127_4.4	1
눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131_4.4	1
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132_4.4	1
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133_4.4	1
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135_4.4	1
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136_4.4	1
결막 수술	결막낭 재건술	C141_4.4	1
	복잡 결막 수술	C142_4.4	1
	단순 결막 수술	C143_4.4	1
기타 안구외 수술	기타 안구외 수술	C150_4.4	1
내이 수술	귀 이식술	D011_4.4	5
	주요 내이 수술	D012_4.4	3
	단순 내이 수술	D013_4.4	2
중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021_4.4	2
	유양돌기 수술	D022_4.4	2
	고실 수술	D023_4.4	2
	이소골 재건술	D024_4.4	2
	등골수술	D025_4.4	2
	환기관삽입 고막절개술	D026_4.4	2
외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031_4.4	1
	단순 외이 및 귀 수술	D032_4.4	1
귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041_4.4	6
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042_4.4	6
부비동 개방 수술	부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051_4.4	1
	부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052_4.4	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053_4.4	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054_4.4	1
내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061_4.4	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062_4.4	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065_4.4	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066_4.4	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067_4.4	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068_4.4	1
코 수술	주요 코 수술	D081_4.4	1
	비중격 및 비갑개수술	D082_4.4	1
	단순 코 수술	D083_4.4	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090_4.4	6
후두 및 인두 악성종양 수술	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101_4.4	6
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102_4.4	6
경부림프절절제술	경부림프절절제술, 한쪽	D111_4.4	4
	경부림프절절제술, 양쪽	D112_4.4	4
안면골 수술	악관절 수술	D121_4.4	2
	주요 안면골 수술	D122_4.4	2
	단순 안면골 수술	D123_4.4	2
두경부 재건술	두경부 재건술	D130_4.4	2
타액선 수술	이하선수술	D141_4.4	2
	악하선 및 설하선 수술	D142_4.4	2
	기타 타액선 수술	D143_4.4	1
	타석제거술	D144_4.4	1
경부 수술	경부 수술	D150_4.4	1
편도 및 아데노이드 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161_4.4	1
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162_4.4	1
구강, 인후두 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171_4.4	1
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172_4.4	1
기타 이비인후, 구강 질환 수술	기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200_4.4	1
주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011_4.4	6
	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012_4.4	6
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013_4.4	6
	기타 폐 수술	E014_4.4	6
	종격동 수술	E015_4.4	6
	주요 흉곽 수술	E016_4.4	6
	기타 흉곽 수술	E017_4.4	3
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018_4.4	6
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019_4.4	6
기관지경 및 방사선하 수술	기관지경 및 방사선하 수술	E020_4.4	2
기타 호흡기계 수술	수면무호흡증후군 수술	E032_4.4	1
	호흡기계 기타 단순 수술	E033_4.4	1
	기타 호흡기계 수술	E034_4.4	1
폐농양 배액술	폐농양 배액술	E520_4.4	1
흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530_4.4	1
자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	F011_4.4	5
	자동체내제세동기 교정술	F012_4.4	5
심장판막 수술(심도자술 사용)	대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021_4.4	7
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022_4.4	7
	폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023_4.4	7
	대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031_4.4	7

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
심장판막 수술(심도자술 미사용)	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032_4.4	7
	폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033_4.4	7
관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041_4.4	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042_4.4	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043_4.4	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044_4.4	7
기타 심흉부 수술	심장 중격결손증 수술	F051_4.4	7
	기타 복잡 심장 기형 교정술	F052_4.4	7
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053_4.4	6
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054_4.4	5
주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061_4.4	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062_4.4	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063_4.4	7
주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071_4.4	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072_4.4	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073_4.4	6
대동맥 경피적 수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081_4.4	4
	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082_4.4	4
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083_4.4	4
	대동맥박리 경피적 수술	F084_4.4	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091_4.4	4
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092_4.4	4
경도관 심장 결손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101_4.4	4
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102_4.4	4
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103_4.4	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111_4.4	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112_4.4	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121_4.4	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122_4.4	4
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133_4.4	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134_4.4	4

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135_4.4	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136_4.4	4
부정맥의 경피적 수술(3 차원 지도화 기능 포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F141_4.4	4
	심방세동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F142_4.4	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F143_4.4	4
부정맥의 경피적 수술(3 차원 지도화 기능 미포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F151_4.4	4
	심방세동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F152_4.4	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F153_4.4	4
경피적 풍선 판막성형술	경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161_4.4	4
	경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162_4.4	4
혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181_4.4	4
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182_4.4	4
말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192_4.4	4
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193_4.4	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194_4.4	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195_4.4	4
기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200_4.4	4
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 설치술	F211_4.4	5
	영구적 심박조율기 교환술	F212_4.4	5
	심박조율기 제거 및 전환술	F213_4.4	1
기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220_4.4	2
순환 장애 절단술(수족부 제외)	순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230_4.4	6
순환 장애 수족부 절단술	순환 장애 수족부 절단술	F240_4.4	3
정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 국소 절제술	F252_4.4	1
	정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253_4.4	1
	정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254_4.4	1
기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260_4.4	1
식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011_4.4	6
	기타 주요 식도 수술	G012_4.4	5
	기타 단순 식도 수술	G013_4.4	4
직장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021_4.4	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022_4.4	6
직장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031_4.4	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032_4.4	6
경향문 및 경천골 접근 직장절제술	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041_4.4	6
	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042_4.4	6
주요 심이지장 수술	주요 심이지장 수술	G050_4.4	6
식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060_4.4	5
위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071_4.4	6
	개복에 의한 위전절제술	G072_4.4	6

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081_4.4	6
	개복에 의한 위아전절제술	G082_4.4	6
기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091_4.4	5
	개복에 의한 기타 위절제술	G092_4.4	5
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093_4.4	5
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094_4.4	5
소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101_4.4	4
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102_4.4	4
기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111_4.4	4
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112_4.4	4
결장 및 직장 전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121_4.4	6
	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122_4.4	6
결장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131_4.4	6
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132_4.4	6
결장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141_4.4	5
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142_4.4	5
기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151_4.4	4
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152_4.4	4
소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171_4.4	5
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172_4.4	5
	장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173_4.4	3
장루 수술	장루 수술	G180_4.4	3
횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190_4.4	4
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201_4.4	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202_4.4	1
	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203_4.4	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204_4.4	1
총수절제술	복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211_4.4	3
	복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212_4.4	3
	개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213_4.4	3
	개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214_4.4	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221_4.4	1
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222_4.4	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223_4.4	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224_4.4	1
서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230_4.4	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241_4.4	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242_4.4	1
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251_4.4	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252_4.4	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253_4.4	1
복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260_4.4	1
치핵 수술	주요 치핵 수술	G271_4.4	1
	단순 치핵 수술	G272_4.4	1
항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281_4.4	1
	단순 항문 주위 농양 수술	G282_4.4	1
치루 수술	주요 치루 수술	G291_4.4	1
	단순 치루 수술	G292_4.4	1
치열 수술 및 항문협착증 수술	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300_4.4	1
경항문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311_4.4	1
	직장 탈출증 수술 및 괈약근성형술(직장류교정술 포함)	G312_4.4	1
화농성한선염 수술	화농성한선염 수술	G320_4.4	1
기타 소화기계 수술	기타 소화기계 수술	G332_4.4	1
소화기계 질환의 혈관색전술	소화기계 질환의 혈관색전술	G340_4.4	3
위내시경 시술	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 경우)	G503_4.4	1
	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504_4.4	1
	위내시경 시술, 당일퇴원	G505_4.4	1
결장경 시술	결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523_4.4	1
	결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524_4.4	1
	결장경 시술, 당일퇴원	G525_4.4	1
구불결장경 시술	구불결장경 시술	G531_4.4	1
	구불결장경 시술, 당일퇴원	G532_4.4	1
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2 일 이상	G540_4.4	1
소장내시경 시술	소장내시경 시술	G550_4.4	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560_4.4	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570_4.4	2
간담도췌장 복합수술	간담도췌장 복합수술	H010_4.4	6
간담도 복합수술	주요 간담도 복합수술	H021_4.4	6
	기타 간담도 복합수술	H022_4.4	5
담도췌장 복합수술	담도췌장 복합수술	H030_4.4	6
간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041_4.4	6
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042_4.4	6
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043_4.4	5
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044_4.4	5

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
간 수술	복강경을 이용한 간 수술	H051_4.4	4
	개복에 의한 간 수술	H052_4.4	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060_4.4	4
	복강경을 이용한 간도 절제술(림프절 절제 동반)	H071_4.4	6
담도 절제술(림프절 절제 동반)	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072_4.4	6
	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081_4.4	5
담도 절제술(림프절 절제 미동반)	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082_4.4	5
	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091_4.4	5
주요 담도 수술	개복에 의한 주요 담도 수술	H092_4.4	5
담낭절제술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101_4.4	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102_4.4	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103_4.4	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104_4.4	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105_4.4	4
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106_4.4	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107_4.4	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108_4.4	4
췌장절제술	복강경을 이용한 췌장절제술	H111_4.4	6
	개복에 의한 췌장절제술	H112_4.4	6
췌장 수술	복강경을 이용한 췌장 수술	H121_4.4	4
	개복에 의한 췌장 수술	H122_4.4	4
기타 간담도 및 췌장 시술	역행성담췌관내시경 시술	H142_4.4	3
	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143_4.4	1
	기타 간담도 및 췌장 수술	H144_4.4	3
	경피적 담관경 시술	H145_4.4	3
	경피적 담관 시술	H146_4.4	3
간담도 및 췌장의 경피적시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152_4.4	3
	담도협착을 위한 경피적 시술	H154_4.4	3
	담석제거를 위한 경피적 시술	H155_4.4	3
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156_4.4	5
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157_4.4	5
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500_4.4	1
간암의 경피적 치료술	간암의 경피적 치료술	H510_4.4	5
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520_4.4	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011_4.4	4
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012_4.4	3
고관절 재치환술 및 치환술	고관절 전재치환술	I021_4.4	4

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
	고관절 전치환술	I022_4.4	4
	고관절 부분치환술	I023_4.4	4
슬관절 재치환술 및 치환술	슬관절 전재치환술	I031_4.4	3
	슬관절 전치환술	I032_4.4	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	슬관절 부분치환술	I033_4.4	3
	기타 관절 전재치환술	I041_4.4	2
	기타 관절 전치환술	I042_4.4	2
	기타 관절 부분치환술	I043_4.4	2
인공관절삽입물 제거술	인공관절삽입물 제거술	I044_4.4	2
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050_4.4	4
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	I061_4.4	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062_4.4	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063_4.4	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064_4.4	5
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	I071_4.4	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072_4.4	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073_4.4	5
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	I081_4.4	4
	척추고정술(척수병증 미동반)	I082_4.4	4
	척추후궁절제술 및 주간판제거술(척수병증 동반)	I083_4.4	2
기타 척추 수술	척추후궁절제술 및 주간판제거술(척수병증 미동반)	I084_4.4	2
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085_4.4	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086_4.4	1
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091_4.4	1
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092_4.4	1
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101_4.4	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102_4.4	1
절단술	주요 절단술	I111_4.4	6
	기타 절단술	I112_4.4	3
골종양의 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121_4.4	6
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122_4.4	6
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123_4.4	6
	골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124_4.4	2
골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131_4.4	2
	골수염 및 농양 수술(기타)	I132_4.4	1
	근농양 배농술	I133_4.4	1
고관절 및 대퇴부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141_4.4	3
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142_4.4	2
상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	I160_4.4	2
단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	I171_4.4	2
	단단성형술(수족지)	I172_4.4	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
견부 수술	회전근개 수술	I181_4.4	1
	관절외순 수술	I182_4.4	1
	복수 진단 견부 수술	I183_4.4	1
	기타 견부 수술	I184_4.4	1
슬부 수술	십자인대 수술	I191_4.4	1
	반달연골 수술, 양쪽	I192_4.4	1
	반달연골 수술, 한쪽	I193_4.4	1
	기타 슬관절 수술	I194_4.4	1
주관절 및 전완부 수술	주관절 및 전완부 수술	I200_4.4	1
족부 및 족관절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211_4.4	1
	족관절 골연골 병변 수술	I212_4.4	1
	기타 족부 및 족관절 수술	I213_4.4	1
체내고정장치 제거술	체내고정장치 제거술	I220_4.4	1
완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	I251_4.4	1
	단순 완관절 및 수부 수술	I252_4.4	1
미세혈관 조직이식 및 피부이식	미세혈관 조직이식	I261_4.4	3
	기타 피판술	I262_4.4	2
	피부 및 지방 이식술	I263_4.4	2
연조직 수술	복잡한 연조직 수술	I271_4.4	1
	주요 연조직 수술	I272_4.4	1
	단순 연조직 수술	I273_4.4	1
기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	I281_4.4	3
	대퇴부 골절 수술	I282_4.4	3
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283_4.4	3
	족관절 및 족부 골절 수술	I284_4.4	2
	견부 및 상완골 골절 수술	I285_4.4	3
	전완부 골절 수술	I286_4.4	2
기타 결합조직 수술	수부 골절 수술	I287_4.4	1
	기타 결합조직 수술	I290_4.4	1
복잡 인공관절치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301_4.4	4
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302_4.4	4
	복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303_4.4	2
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304_4.4	4
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305_4.4	2
	복잡 인공관절부분치환술	I306_4.4	3
복잡 척추수술	복잡 척추고정술	I311_4.4	4
	복잡 척추후궁골절제술	I312_4.4	2
복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321_4.4	2
	복잡 관절고정술	I322_4.4	2
	복잡 사지관절절제술	I323_4.4	1
	복잡 가관절수술	I324_4.4	2
	복잡 반월판연골절제술	I325_4.4	1
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	복잡 화농성관절염절개술	I331_4.4	1
	복잡 골수염 및 농양수술	I332_4.4	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500_4.4	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010_4.4	3
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우)	피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021_4.4	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022_4.4	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외)	피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031_4.4	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032_4.4	2
기타 피부, 피하조직수술	피부 및 연조직 악성종양 적제술	J041_4.4	4
	피부 및 연조직 수술	J042_4.4	1
	기타 피부, 피하조직수술	J043_4.4	1
유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051_4.4	3
	보형물을 이용한 유방재건술	J052_4.4	3
주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061_4.4	6
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062_4.4	6
	유방절제술(악성종양 제외)	J063_4.4	2
단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071_4.4	1
	절개에 의한 단순 유방 수술	J072_4.4	1
액와 수술	액와 수술(악성종양의 경우)	J081_4.4	4
	액와 수술(악성종양 제외)	J082_4.4	1
기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090_4.4	1
항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100_4.4	1
교감신경절제술	교감신경절제술	J110_4.4	2
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011_4.4	6
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012_4.4	3
뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021_4.4	7
	복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023_4.4	7
	단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024_4.4	7
부신 수술	복강경을 이용한 부신수술	K031_4.4	4
	개복에 의한 부신수술	K032_4.4	4
내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041_4.4	2
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042_4.4	2
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043_4.4	2
부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051_4.4	2
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052_4.4	2
주요 갑상선 악성 종양 수술	주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063_4.4	4
	주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064_4.4	4
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075_4.4	2
	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076_4.4	2
기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080_4.4	1
기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	복강경을 이용한 비만대사수술	K091_4.4	1
	개복에 의한 비만대사수술	K092_4.4	1
	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490_4.4	1
복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010_4.4	2
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021_4.4	6

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
신장 및 신우 수술	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022_4.4	6
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023_4.4	6
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024_4.4	5
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025_4.4	4
	전립선 신생물 수술	L026_4.4	4
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027_4.4	6
방광 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031_4.4	4
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032_4.4	4
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033_4.4	3
	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034_4.4	3
요관 수술	요관 수술	L040_4.4	2
요도 수술	개복에 의한 방광 수술	L051_4.4	4
	경피적 방광 수술	L052_4.4	2
	경요도 방광 수술	L053_4.4	1
전립선 수술	전립선 수술	L060_4.4	2
요로 결석 수술	주요 요도 수술	L071_4.4	1
	요도경하 요도 수술	L072_4.4	1
	기타 요도 수술	L073_4.4	1
	복잡 요실금 수술	L074_4.4	1
	단순 요실금 수술	L075_4.4	1
요로 결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081_4.4	4
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082_4.4	4
	경요도적 요관 결석 수술	L083_4.4	2
	방광 및 요도 결석 수술	L084_4.4	4
	연성내시경하 수술	L085_4.4	2
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091_4.4	1
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092_4.4	1
요로 질환 수술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101_4.4	3
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102_4.4	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	경요도 요로 질환 수술	L111_4.4	1
	외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112_4.4	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120_4.4	2
방광요도경 시술	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131_4.4	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132_4.4	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133_4.4	2
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134_4.4	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	방광요도경 시술	L510_4.4	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520_4.4	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530_4.4	1
남성 골반 수술	남성 골반 수술	M010_4.4	1
전립선 적출술	주요 전립선 적출술	M021_4.4	4
	기타 전립선 적출술	M022_4.4	3

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030_4.4	1
음경 수술	복잡 음경 수술	M041_4.4	1
	단순 음경 수술	M042_4.4	1
	페이로니 병 수술	M043_4.4	1
포경수술	포경수술	M050_4.4	1
요도 수술	주요 요도 수술	M061_4.4	1
	단순 요도 수술	M062_4.4	1
음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071_4.4	1
	단순 음낭 수술	M072_4.4	1
고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081_4.4	4
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082_4.4	4
	단순 고환 수술	M083_4.4	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091_4.4	4
	개복에 의한 정계정맥류	M092_4.4	4
	고환 및 생식기 적출술	M093_4.4	6
기타 남성생식기계 시술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101_4.4	4
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102_4.4	1
방광요도경 시술	방광요도경 시술	M500_4.4	1
자궁 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011_4.4	6
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012_4.4	6
주요 자궁절제술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021_4.4	2
	개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N022_4.4	2
단순 자궁 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031_4.4	2
	개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032_4.4	2
난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041_4.4	6
	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042_4.4	6
난소 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051_4.4	2
	개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052_4.4	2
부속기 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061_4.4	2
	개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062_4.4	2
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071_4.4	5
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072_4.4	5
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081_4.4	1
	자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082_4.4	1
기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091_4.4	1
	개복에 의한 기타 골반 수술	N092_4.4	1
주요 여성생식기계 복원술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101_4.4	1
	개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102_4.4	1
기타 여성생식기계 복원술	기타 여성생식기계 복원술	N110_4.4	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121_4.4	1

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
자궁경 수술	자궁경 수술	N130_4.4	1
자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141_4.4	1
기타 여성생식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161_4.4	1
	개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162_4.4	1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180_4.4	2
제왕절개분만(단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	O011_4.4	1
	고위험 제왕절개분만(단태아)	O012_4.4	1
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013_4.4	1
제왕절개분만(다태아)	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022_4.4	1
	일반 제왕절개분만(다태아)	O023_4.4	1
	고위험 제왕절개분만(다태아)	O024_4.4	1
자궁외 임신 주요 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081_4.4	4
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082_4.4	4
자궁외 임신 기타 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091_4.4	4
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092_4.4	4
자궁경관봉축술	치료적 자궁경관봉축술	O102_4.4	1
분만 및 유산후 관련 장애(수술 시행)	분만 및 유산후 관련 장애(수술 시행)	O110_4.4	1
자궁소파술 및 흡인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	O120_4.4	1
분만 및 유산 관련 자궁적출술	분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130_4.4	2
분만 및 유산 관련 경피적 혈관수술	분만 및 유산 관련 경피적 혈관수술	O141_4.4	2
산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	O142_4.4	2
비장 절제술	성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012_4.4	4
	성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013_4.4	4
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010_4.4	7
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020_4.4	5
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030_4.4	5
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040_4.4	4
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	W050_4.4	3
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011_4.4	3
	하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012_4.4	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021_4.4	3
	수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022_4.4	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030_4.4	3
하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술	X041_4.4	2
	하지 손상의 기타 수술	X042_4.4	1
수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술	X051_4.4	2

대분류명	수술명	수술코드	수술종류
	수부 손상의 기타 수술	X052_4.4	1
기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060_4.4	1
증증 화상(피부 이식 동반)	증증 화상(피부 이식 동반)	Y010_4.4	5
중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020_4.4	2
기타화상(피부 이식 동반)	기타화상(피부 이식 동반)	Y030_4.4	1

(주) 1. 상기의 “수술코드”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 “KDRG”체계로 분류되는 경우에 부여하는 “ADRG” 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

2. “KDRG(Korean Diagnosis Related Group)”는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. 또한, “ADRG(Adjacent DRG)”는 KDRG의 분류과정 중에서 주진단 범주(Major Diagnostic Category; MDC)에 따라 입원환자를 분류한 다음 그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말하며, ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

3. (주)1에도 불구하고 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 이 특약에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우도 포함합니다.

4. (주)1에도 불구하고 “단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우도 포함합니다.

5. 이 특약은 KDRG 버전4.4의 “ADRG” 중 다음의 “ADRG”는 보장하지 않습니다.

① “ADRG”에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60~99”에 해당하는 경우

(예시) “ADRG”가 “B601”의 경우 첫번째 자리[알파벳(“B”)]을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 특약에서 보장하지 않습니다.

② 아래 표에 기재된 ADRG

대분류명	수술명	ADRG
신경계 면역요법	치료적 성분채집술	B501
	신경계 면역요법	B502
뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시	B510
자기뇌파검사 지도화	자기뇌파검사 지도화	B520
코성형술	코성형술	D070
구순열 및 구개열 수술	구순열 및 구개열 수술	D180
구강내 수술	치조골 수술	D191
	구강내 점막수술	D192
	단순 혀 수술	D193
발치	발치	D300
보존치료	치아 보존치료	D502
기타 호흡기계 수술	호흡기 질환을 위한 진단적 시술	E031
호흡기계 질환, 침습적 인공호흡기 96 시간 이상	침습적 인공호흡기 96 시간 이상(신대체요법 동반)	E501
	침습적 인공호흡기 96 시간 이상(신대체요법 미동반)	E502
호흡기계 질환, 침습적 인공호흡기 96 시간 미만	침습적 인공호흡기 96 시간 미만(신대체요법 동반)	E511
	침습적 인공호흡기 96 시간 미만(신대체요법 미동반)	E512
경기관지 폐생검	경기관지 폐생검	E540
폐흉부질환의 침습인 생검	폐흉부질환의 침습인 생검	E550

대분류명	수술명	ADRG
선천성 심장병 협착 질환의 경피적 수술	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)	F171
	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)	F172
	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술	F173
진단 목적의 경피적 심혈관 시술	심장 전기 생리 검사	F501
	심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술	F502
	진단적 관상동맥 조영술	F503
	심근생검	F504
	심낭천자	F505
선천성 결장 및 직장항문 기형 수술	선천성 거대결장 및 장무공증 수술	G161
	주요 직장항문 기형 수술	G162
	기타 직장항문 기형 수술	G163
기타 소화기계 수술	소화기계 질환을 위한 진단적 시술	G331
간담도 진단적 시술	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)	H131
	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)	H132
진단적 역행성담췌관내시경	진단적 역행성담췌관내시경	H530
관절경검사	관절경검사	I230
생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술	I240
근골격계 질환의 침생검	근골격계 질환의 침생검	I510
유방재건술	유두 및 유륜재건술	J053
유방 질환의 침흡인생검	유방 질환의 침흡인생검	J500
갑상선 질환의 침흡인생검	갑상선 질환의 침흡인생검	K500
요로 질환 수술	선천성 요로 질환 수술	L113
요관경검사	요관경검사	L500
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	정관 수술	M094
전립선 생검	전립선 생검	M510
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술	N122
자궁소파술	진단적 자궁소파술	N142
여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술	N151
	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술	N152
방사선원삽입요법(악성종양의 경우)	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)	N170
질식분만(초산)	일반 질식분만(초산)	O041
	고위험 질식분만(초산)	O042
질식분만(경산)	일반 질식분만(경산)	O051
	고위험 질식분만(경산)	O052
제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만	O061
	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만	O062
질식분만(복합 수술 동반)	질식분만(복합 수술 동반)	O073
자궁경관봉축술	예방적 자궁경관봉축술	O101
입원후 5 일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)	입원후 5 일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)	P010
신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술	P020
신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)	P030
신생아, 입원시 체중 750~999g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 750~999g(중요 수술 시행)	P040
신생아, 입원시 체중 1000~1249g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 1000~1249g(중요 수술 시행)	P050
신생아, 입원시 체중 1250~1499g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 1250~1499g(중요 수술 시행)	P060
신생아, 입원시 체중 1500~1999g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 1500~1999g(중요 수술 시행)	P070
신생아, 입원시 체중 2000~2499g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 2000~2499g(중요 수술 시행)	P080
신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)	P090
비장 절제술	소아의 비장 절제술	Q011

대분류명	수술명	ADRG
기타 혈액 및 조혈기관 수술	기타 혈액 및 조혈기관 수술	Q020
림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010
기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020
림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)	R030
기타 신생물 질환(기타 수술 시행)	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)	R040
치료적 성분채집술	치료적 성분채집술	R500
감염 및 기생충 질환 수술	파혈증 수술(합병증 동반)	T011
	파혈증 수술(합병증 미동반)	T012
	외상 후 감염 수술	T013
	수술 후 감염 수술	T014
	기타 감염 질환 수술	T015
정신장애 치료목적의 수술	정신장애 치료목적의 수술	U010
기타 보건의료서비스에 관한 수술	기타 보건의료서비스에 관한 수술	Z010

③ KDRG 버전4.4에서 규정한 “Error DRG” 및 “960 DRG”

– Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”이라 함은 주진단 범주(MDC)와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

※ “960 DRG”이라 함은 “Error DRG”는 아니지만 입원 2일 이내에 조기사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다.

별표2

수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표

1. “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 정의

이 보험약관에서 “수술 보장 대상 질병 및 재해”는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류 상의(A00~Y98)에 해당하는 「질병의 진단 및 재해 발생」
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병 진단

2. “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않습니다.

- ① 다음의 “가~마”에 해당하는 사항

- 가. 정신 및 행동장애(F04~F99)
- 나. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- 다. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)
- 라. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)
- 마. 한의병명, 한의병증 및 사상체질병증(U22~U32,U50~U79,U95~U98)

- ② 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

- ③ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

- ④ 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

- ⑤ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우

- ⑥ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

- ⑦ 고의적 자해로 인한 경우 [단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서의 자해는 제외]

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 상의 분류

번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”인 경우에는 약관에서 규정하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”로 봅니다.

2. 발생(진단) 시점에 상기 「1. “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 정의 및 2. “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않는 사항」 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 “수술 보장 대상 질병 및 재해의 분류”가 추가 또는 제외되더라도 상기 「1. “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 정의 및 2. “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않는 사항」 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는

“수술 보장 대상 질병 및 재해”로 볼 수 있어 「질병의 진단 및 재해 발생」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”로 보지 않습니다.

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

신입원특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “신입원특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병 및 재해분류표(별표 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해분류표(별표 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1%

를 “입원보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원보험금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 입원보험금을 지급합니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원보험금이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원보험금이 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

〈보상기간 예시〉

보상대상기간 (120일)	보상제외기간 (180일)	보상대상기간 (120일)
↑ 최초 입원일	↑ 입원보험금이 지급된 최종입원일	↑ 퇴원없이 계속입원 보상재시작

- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원보험금을 지급합니다.
- ⑧ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑩ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해 지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “입원증명서, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형, 자녀형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
 3. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형 및 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

- 가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
- 나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
- 단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간> 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.
----	---

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명 · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

〈2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시〉

· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none">1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당 일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 기입할 수 있는 보험상품입니다.2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	--

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

질병 및 재해 분류표

1. 질병 및 재해의 정의

이 보험약관에서 질병 및 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00~Y98)에 해당하는 「질병의 진단 및 재해 발생」
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병 진단

2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
- ⑧ 고의적 자해로 인한 경우 [단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서의 자해는 제외]

(주)1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 봅니다.
----	---

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1. 질병 및 재해의 정의 및 2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병 및 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1. 질병 및 재해의 정의 및 2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 볼 수 있어 「질병의 진단 및 재해 발생」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 보지 않습니다.
----	---

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

신입원특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“입원”의 정의와 장소]

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

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해분류표(별표 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1%를 “입원보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원 당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원보험금이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원보험금이 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

〈보상기간 예시〉		
보상대상기간 (120일)	보상제외기간 (180일)	보상대상기간 (120일)
↑ 최초 입원일	↑ 입원보험금이 지급된 최종입원일	↑ 퇴원없이 계속입원 보상재시작

- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 입원보험금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 입원보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원보험금을 지급합니다.
- ⑧ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑨ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑩ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

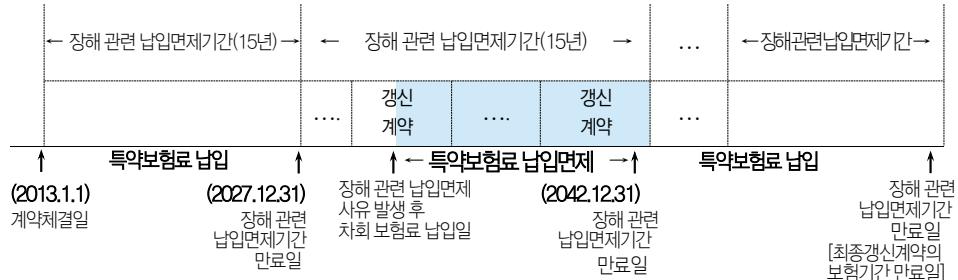
제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」

간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입 해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장애의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여

장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “입원확인서, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개 월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

- 다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- 가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
 - 나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
 - 단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

1. 질병 및 재해의 정의

이 보험약관에서 질병 및 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00~Y98)에 해당하는 「질병의 진단 및 재해 발생」
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병 진단

2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
- ⑧ 고의적 자해로 인한 경우 [단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서의 자해는 제외]

(주)1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 봅니다.
----	---

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1. 질병 및 재해의 정의 및 2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병 및 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1. 질병 및 재해의 정의 및 2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 볼 수 있어 「질병의 진단 및 재해 발생」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 보지 않습니다.
----	---

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

심방세동및조동진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지 환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “심방세동및조동진단특약 D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“심방세동 및 조동”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “심방세동 및 조동”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(심방세동 및 조동 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “심방세동 및 조동”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도 혹은 심조율 기록지, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “심방세동 및 조동”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “심방세동 및 조동”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어

〈심전도 검사〉

해설

심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그

<p>림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.</p> <p><심장초음파 검사></p> <p>심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.</p> <p><관상동맥촬영술></p> <p>관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.</p> <p><심장 효소 검사></p> <p>심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.</p> <p><핵의학 검사></p> <p>방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.</p>
--

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심방세동 및 조동”으로 진단 확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험 수익자에게 아래 보험금을 “심방세동 및 조동 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “심방세동 및 조동”으로 진단이 확정되었을 경우 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 5% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 2.5%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “심방세동 및 조동”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면

제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1~4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사 결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때, 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “심방세동 및 조동 진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지		0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지		10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지		20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지		30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지		40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후		50%

〈2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시〉		
	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항

1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로가입할 수 있는 보험상품입니다.
2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항**제2-15조 [주계약 약관의 준용]**

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**심방세동 및 조동 분류표**

① 약관에 규정하는 “심방세동 및 조동으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 심방세동 및 조동	148

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “심방세동 및 조동으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “심방세동 및 조동으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “심방세동 및 조동으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “심방세동 및 조동으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “심방세동 및 조동으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “심방세동 및 조동으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “심방세동 및 조동으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “심방세동 및 조동으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “심방세동 및 조동으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “심방세동 및 조동으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “심방세동 및 조동으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “심방세동 및 조동으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	---

암수술보장특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “암수술보장특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병

나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병

다. 제2-1조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암

라. 제2-1조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암

마. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명	<p><원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시></p> <ul style="list-style-type: none"> · 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.
-----------	---

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(기타 피부의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(갑상선의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2-1조의5(“비침습 방광암”的 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2-1조의6(“대장점막내암”的 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“제자리암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “제2-1조의5(“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암” 및 “제2-1조의6(“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암”은 제외합니다.

② “제자리암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정]

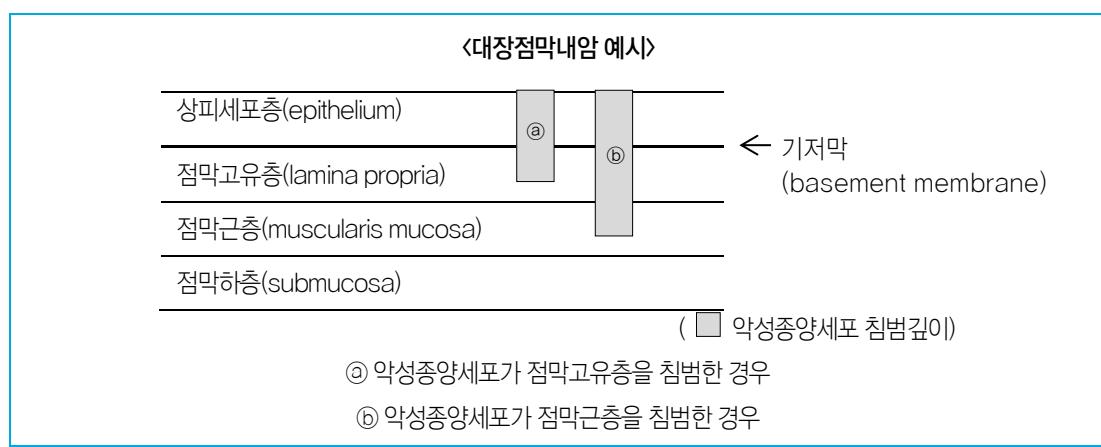
① 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”이라 함은 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병 기설정매뉴얼[AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판’에서 정한 병기 상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.

<비침습 방광암 예시>	
이행상피세포층 (transitional epithelium)	@
고유층(lamina propria)	(점막층)
점막하층(submucosa)	
근육층(muscle)	
□ 악성종양세포 침범깊이)	
② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우	

- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정]

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



- ② “대장점막내암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7 [“경계성종양”的 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의8 [“수술”的 정의와 장소]

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 「의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사 또는 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)」가 피보험자의 「암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하

신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어	〈 절단(切斷) 〉
해설	특정부위를 잘라 내는 것
	〈 절제(切除) 〉
	특정부위를 잘라 없애는 것
	〈신의료기술평가위원회〉
	의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 아래에서 정한 사항은 수술에서 제외됩니다.

1. 흡인, 천자 등의 조치
2. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
3. 미용 성형상의 수술
4. 피임(避妊) 목적의 수술
5. 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등]
6. 항암방사선치료와 항암약물치료
7. 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료

용어	〈 흡인(吸引) 〉
해설	주사기 등으로 빨아 들이는 것
	〈 천자(穿刺) 〉

④ 이 특약에 있어서 "관혈수술", "내시경수술", "카테터수술", "신의료수술"이라 함은 다음과 같습니다.

1. "관혈수술"이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
2. "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.
3. "카테터수술"이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 "도관을 이용한 약물주입"과 "중심정맥관 삽입술"은 제외합니다.
4. "신의료수술"이라 함은 관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 악성신생물(암) 근치·두개내신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy) 및 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료를 포함합니다.

⑤ 제3항의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

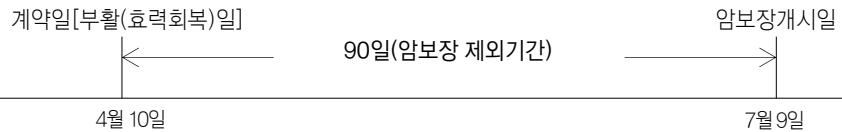
⑥ 제3항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

⑦ 제6항의 "항암면역요법"이라 함은 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다.

제2-1조의9 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암 보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

<암보장개시일 예시>



※ “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

- ① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 지급합니다.

1. 암 관혈수술보험금

지급사유	「피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받은 경우」 또는 「피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암”으로 진단 확정 되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받은 경우」
지급금액	특약보험가입금액의 30% ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준하여 보험금 지급합니다.

2. 암 비관혈수술보험금

지급사유	「피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 “내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술”을 받은 경우」 또는 「피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암”으로 진단 확정 되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “내시경수술, 카테터 수술 또는 신의료수술”을 받은 경우」
지급금액	특약보험가입금액의 10% ※ 단, 보험연도 기준 연1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

- ② 제1항에서 “보험연도”는 당해 연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명	<보험연도 계산 예시>
	보험계약일이 2016년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 항암방사선 및 항암약물치료는 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 “암 관절수술보험금” 및 “암 비관절수술보험금”이 지급되지 않습니다.
- ② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장애의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여

장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 수술증명서, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자 [주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 ["특약의 무효"에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3("암" 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지		0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지		10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지		20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지		30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지		40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후		50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>		
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을

지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none">1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말이며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	---

제 5 관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

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

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
----	--

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

3. '요로의 악성신생물(C64–C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
 4. '소화기관의 악성신생물(C15–C26)'의 경우 이 특약 제2-1조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.
- ② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표2

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종	D01
3. 종이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

2. '기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종(D09)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.

3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2-1조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표3

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동 양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표4

기타피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
----	--

별표5

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
----	--

암수술보장특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
 - 가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 다. 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암
 - 라. 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암
 - 마. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명	〈원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시〉
	<ul style="list-style-type: none"> · 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.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표2(기타피부의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표3(갑상선의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의3 [“제자리암”의 정의 및 진단 확정]

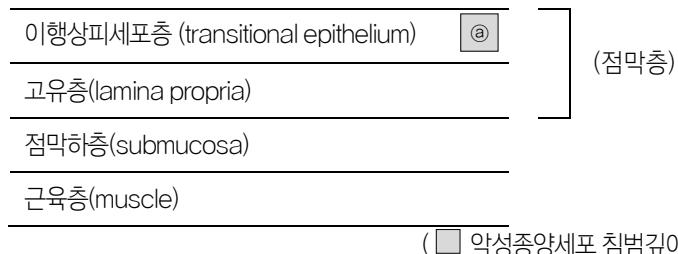
① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표4[제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암” 및 “제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암”은 제외합니다.

② “제자리암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈비침습 방광암 예시〉



④ 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

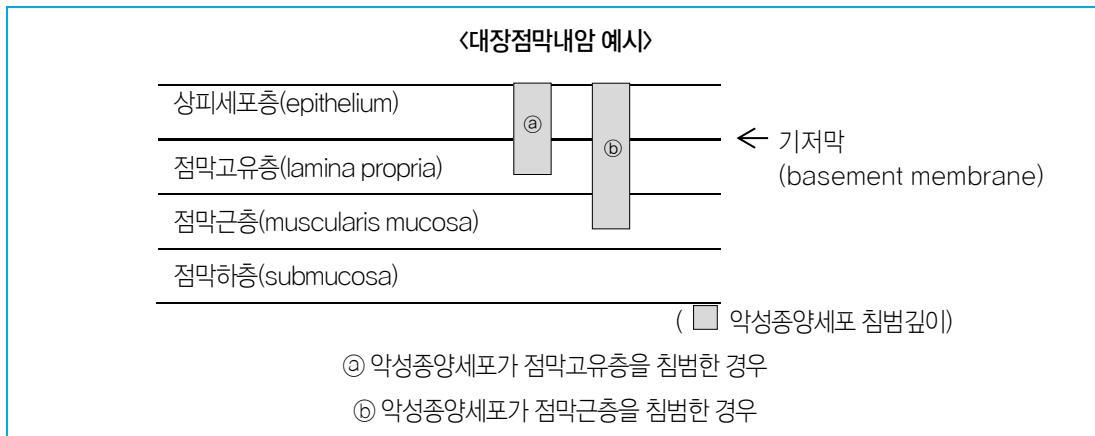
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”的 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화

된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

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



② “대장점막내암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“경계성종양”的 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “경계성종양”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7 [“수술”的 정의와 장소]

① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 「의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사 또는 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)」가 피보험자의 「암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어	〈 절단(切斷) 〉
해설	특정부위를 잘라 내는 것 〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈신의료기술평가위원회〉

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

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 아래에서 정한 사항은 수술에서 제외됩니다.

1. 흡인, 천자 등의 조치
2. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
3. 미용 성형상의 수술
4. 피임(避妊) 목적의 수술
5. 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등]
6. 항암방사선치료와 항암약물치료
7. 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(암노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료

용어 〈흡인(吸引)〉

해설 주사기 등으로 빨아들이는 것

〈천자(穿刺)〉

바늘 또는 관을 끊어 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

④ 이 특약에 있어서 "관혈수술", "내시경수술", "카테터수술", "신의료수술"이라 함은 다음과 같습니다.

1. "관혈수술"이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
2. "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.
3. "카테터수술"이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 "도관을 이용한 약물주입"과 "중심정맥관 삽입술"은 제외합니다.
4. "신의료수술"이라 함은 관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 해당 부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 악성신생물(암) 근치 · 두개내신생물 근치 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy) 및 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료를 포함합니다.

⑤ 제3항의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선 (ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제3항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

⑦ 제6항의 "항암면역요법"이라 함은 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다.

제2-1조의8 [특약의 보장개시일]

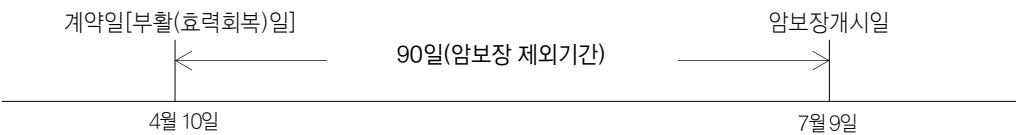
① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 제2-1조의2("암"등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"보장에 대한 보장개시일은 최초 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "암보장개시일"이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보

장개시일은 갱신일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



※ “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 지급합니다.

(1) 암 관혈수술보험금

지급사유	「피보험자가 최초계약의 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되고, 이 특약의 보험기간 중 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받은 경우」 또는 「피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암”으로 진단 확정 되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받은 경우」
지급금액	특약보험가입금액의 30% ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준하여 보험금을 지급합니다.

(2) 암 비관혈수술보험금

지급사유	「피보험자가 최초계약의 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되고, 이 특약의 보험기간 중 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 “내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술”을 받은 경우」 또는 「피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암”으로 진단 확정 되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술”을 받은 경우」
지급금액	특약보험가입금액의 10% ※ 단, 보험연도 기준 연1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

② 제1항의 “보험연도”는 당해 연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명**〈보험연도 계산 예시〉**

보험계약일이 2016년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

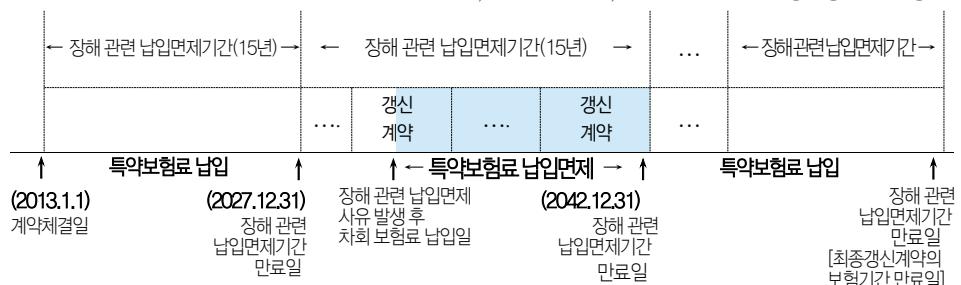
- ① 항암방사선 및 항암약물치료는 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “암 관절수술보험금” 및 “암 비관절수술보험금”이 지급되지 않습니다.
- ② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5 항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입 해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

- ⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

- ⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 수술증명서, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지

계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

- ⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의 2(“임” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “임”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
 - 다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
 - 나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
 - 단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

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

① 약관에 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

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

3. '요로의 악성신생물(C64–C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의4("비침습 방광암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
4. '소화기관의 악성신생물(C15–C26)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.
② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표2

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “기타피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명
피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명
진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표3

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명
<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명
<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>

별표4

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종	D01
3. 종이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 제자리 암종	D09

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p> <p>2. '기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종(D09)'의 경우 이 특약 제2-1조의4("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.</p> <p>3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.</p> <p>② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.</p> <p>설명</p> <p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
-----------	---

별표5

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동 양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

암직접치료(요양병원제외)입원특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “암직접치료(요양병원제외) 입원특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

- 가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 다. 제2-1조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암
- 라. 제2-1조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암
- 마. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

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

설명**<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.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(기타 피부의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(갑상선의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2-1조의5(“비침습 방광암”的 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2-1조의6(“대장점막내암”的 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”的 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

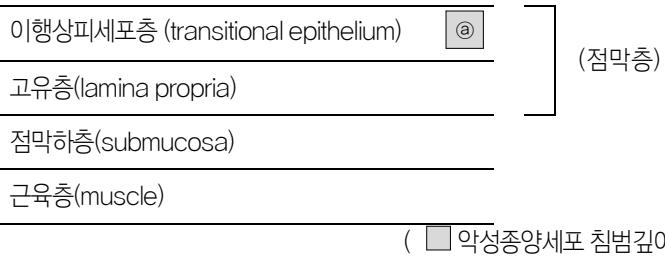
제2-1조의4 [“제자리암”的 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “제2-1조의5(“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암” 및 “제2-1조의6(“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암”은 제외합니다.

② “제자리암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정]

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

<비침습 방광암 예시>

(■ 악성종양세포 침범깊이)

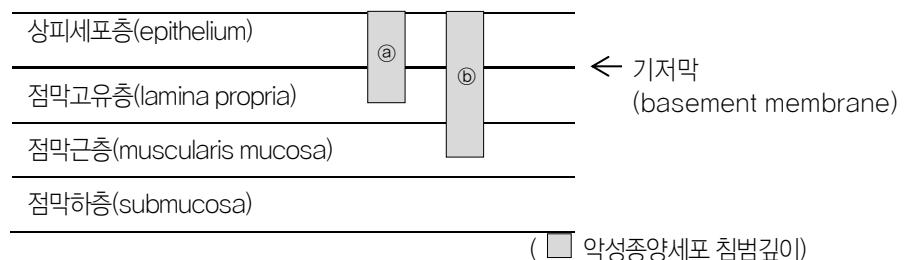
② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정]

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

〈대장점막내암 예시〉



- ② “대장점막내암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7 [“경계성종양”的 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

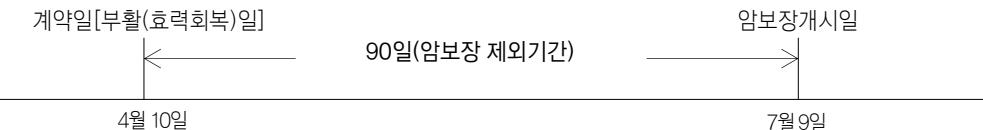
제2-1조의8 [“입원”的 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 ‘의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관’[단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다]에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의9 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약 일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암 보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



※ “경계성종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 경우 보장개시일은 계약 일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2-1조의10 [“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 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동 일한 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 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 「암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료」
 4. 호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암”的 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 4일 이상 계속하여 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하였을 경우, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경

계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 진단이 확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 암직접치료입원보험금으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 4일이상 계속하여 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하였을 경우
지급금액	3일초과 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.5% (1회 입원당 120일 한도)

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

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에는 동일한 질병으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 암직접치료입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 암직접치료입원보험금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 암직접치료입원보험금을 지급합니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 암직접치료입원보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원보험금이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원보험금이 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

〈보상기간 예시〉



- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장

높은 암직접치료입원보험금을 지급하며 암직접치료입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료입원보험금을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

⑧ 제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단 확정), 제2-1조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정) 및 제2-1조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에 따라 “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암”은 “암”의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암” 각각에 해당하는 보험금을 지급하고 “암”에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.

⑨ 회사는 암직접치료입원을 보장함에 있어 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑩ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한

경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서, 해당 질병 입원증명서, 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이

특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 ["특약의 무효"에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3("암" 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제2호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명 <ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">기간</th><th style="text-align: center;">2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center;">0%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center;">10%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center;">20%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center;">30%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center;">40%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center;">50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%		
기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율																
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%																
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%																
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%																
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%																
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%																
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%																
<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>																	
<ul style="list-style-type: none"> · 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. 																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">기간</th><th style="text-align: center;">2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center;">2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center;">2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center;">2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center;">2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center;">2040년 1월 1일 이후</td></tr> <tr> <td></td><td style="text-align: center;">50%</td></tr> </tbody> </table>		기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후		50%
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율																
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일																
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일																
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일																
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일																
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일																
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후																
	50%																

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유점3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none">이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	---

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

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

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
----	--

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

3. '요로의 악성신생물(C64–C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
 4. '소화기관의 악성신생물(C15–C26)'의 경우 이 특약 제2-1조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.
- ② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표2

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종	D01
3. 종이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

2. '기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종(D09)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.

3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2-1조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표3

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동 양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표4

기타피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표5

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
----	--

암직접치료(요양병원제외)입원특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
 - 가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 다. 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암
 - 라. 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암
 - 마. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명	<p><원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시></p> <ul style="list-style-type: none"> · 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.
----	--

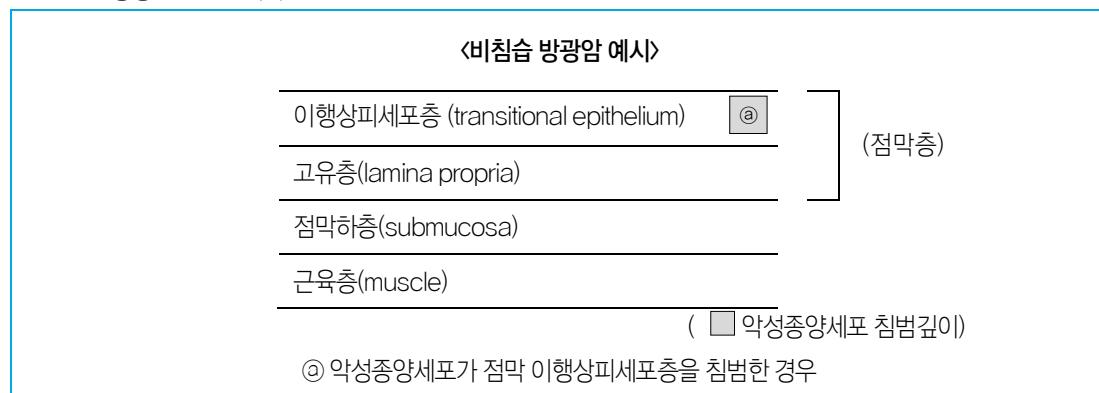
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(기타피부의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(갑상선의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”的 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의3 [“제자리암”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암” 및 “제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암”은 제외합니다.
- ② “제자리암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

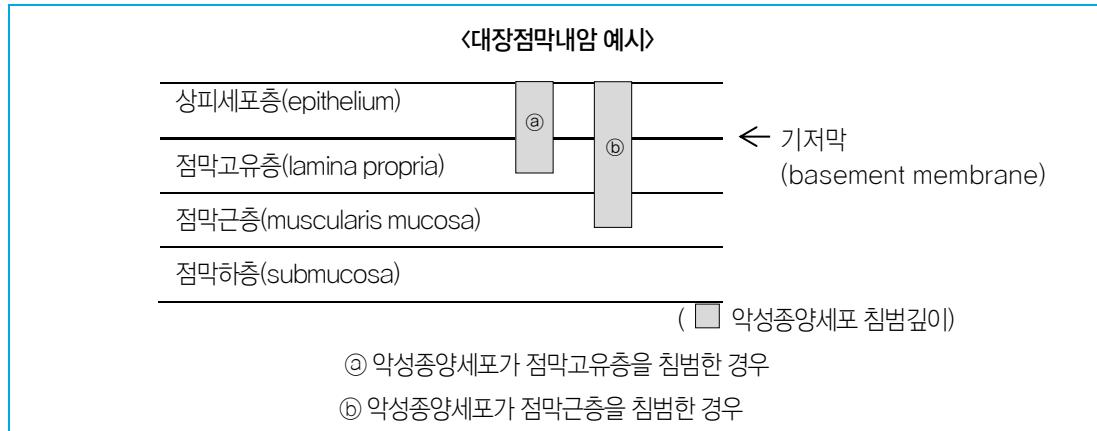
- ① 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”이라 함은 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병 기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판’에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.



- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”的 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습 방광암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

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



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“경계성종양”的 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② “경계성종양”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암”的 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 ‘의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관’[단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다]에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

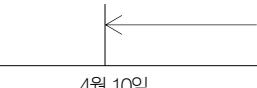
제2-1조의8 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
② 제1항에도 불구하고 제2-1조의2(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 최초 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”로 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장 개시일은 갱신일로 합니다.
③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함

하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉

계약일[부활(효력회복)일]



90일(암보장 제외기간)

암보장개시일

7월 9일

※ “경계성종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2-1조의9 [“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 신의료기술 평가위원회(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 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 「암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료」
4. 호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암”的 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제 2 관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

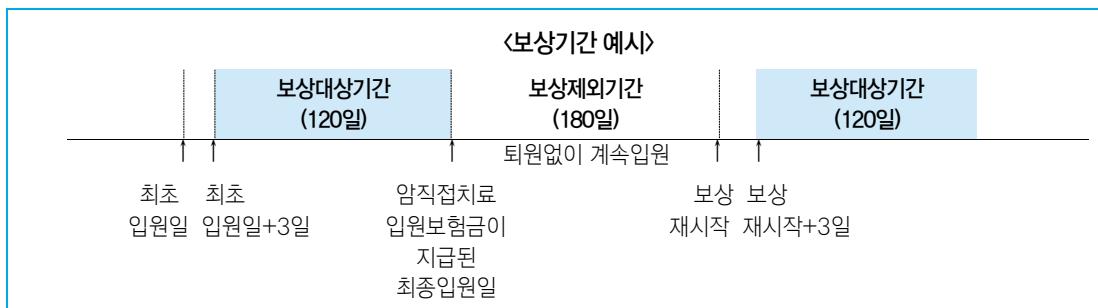
회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 “암직접치료입원보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 이 특약의 보험기간 중 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 4일이상 계속하여 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하였을 경우
지급금액	3일초과 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.5% (1회 입원당 120일 한도)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 진단이 확정되고 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 계속하여 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하였을 경우
지급금액	3일초과 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2% (1회 입원당 120일 한도)

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 암직접치료입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 따른 입원이라도 암직접치료입원보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원보험금이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원보험금이 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



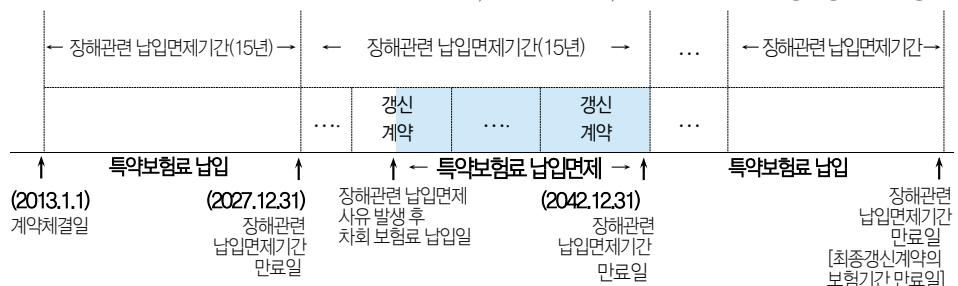
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 암직접치료입원보험금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 암직접치료입원보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 암직접치료입원보험금을 지급하며 암직접치료입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료입원보험금을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.
- ⑧ 제2-1조의2(“암” 등의 정의 및 진단 확정), 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정) 및 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에 따라 “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암”은 “암”의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암” 각각에 해당하는 보험금을 지급하고 “암”에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
- ⑨ 회사는 암직접치료입원을 보장함에 있어 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑩ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때, 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간' 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는

그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장 받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 해당 질병 입원증명서, 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
 3. 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
 4. 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
 5. 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 「주계약의 보험기간 만료일」로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이 외에 “피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단 확정 되는 경우”에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

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

① 약관에 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
3. '요로의 악성신생물(C64-C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의4("비침습 방광암"의 정의 및 진단확정)에서 정한

“비침습 방광암”은 제외됩니다.

4. '소화기관의 악성신생물(C15-C26)'의 경우 이 특약 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대장점막내암”은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	--

별표2

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
----	--

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[0차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
----	--

별표3

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	--

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

별표4

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 봅니다.

2. '기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종(D09)'의 경우 이 특약 제2-1조의4("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

별표5

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "경계성 종양으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동 양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "경계성 종양으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성 종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성 종양으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성 종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성 종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성 종양으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성 종양으로 분류되는 질병"으로 볼니다.</p>
설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "경계성 종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "경계성 종양으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "경계성 종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>

암직접치료통원특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “암직접치료통원특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병

나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병

다. 제2-1조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암

라. 제2-1조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암

마. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명**<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.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(기타 피부의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(갑상선의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2-1조의5(“비침습 방광암”的 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2-1조의6(“대장점막내암”的 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”的 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

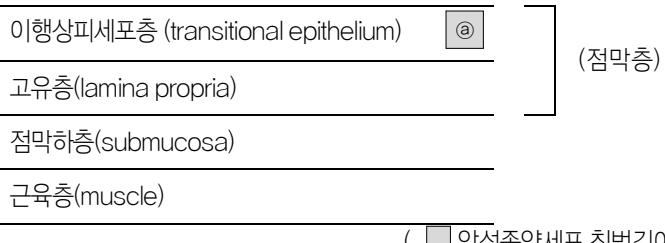
제2-1조의4 [“제자리암”的 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “제2-1조의5(“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암” 및 “제2-1조의6(“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암”은 제외합니다.

② “제자리암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정]

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

<비침습 방광암 예시>

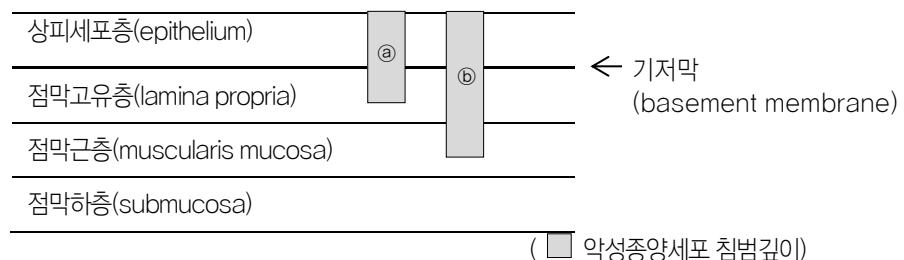
② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정]

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

〈대장점막내암 예시〉



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ② “대장점막내암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7 [“경계성종양”的 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

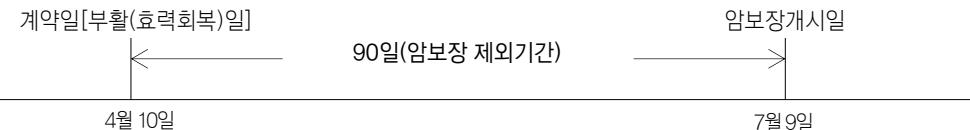
제2-1조의8 [“통원”的 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 ‘의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관’(이하 “병원”이라 합니다)에 입실하지 않고, 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의9 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암” 보장에 대한 보장개시일은 계약 일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암 보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



※ “경계성종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2-1조의10 [“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 신하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동 일한 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 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 ‘암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료’
 4. 호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암”的 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 병원에 통원하였을 경우, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 진단이 확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원에

통원하였을 경우에는 보험수익자에게 1회 통원에 대하여 특약보험가입금액의 0.2%를 암직접치료통원보험금으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 해당 질병 통원증명서, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 ["특약의 무효"에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3("암" 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-

5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우(특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	<ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. 														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">기간</th><th style="width: 50%;">2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td>0%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td>10%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td>20%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td>30%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td>40%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td>50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%
기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율														
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%														
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%														
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%														
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%														
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%														
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%														
	<p><2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시></p> <ul style="list-style-type: none"> · 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. 														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">기간</th><th style="width: 50%;">2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td>2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td>2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td>2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td>2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td>2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td>2040년 1월 1일 이후 50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율														
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%														
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%														
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%														
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%														
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%														
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%														

- ③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<p>1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.</p> <p>2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.</p>
------	---

제5관 기타사항

제2~15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

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

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
----	--

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

3. '요로의 악성신생물(C64–C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
 4. '소화기관의 악성신생물(C15–C26)'의 경우 이 특약 제2-1조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.
- ② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표2

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종	D01
3. 종이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

2. '기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종(D09)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.

3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2-1조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표3

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동 양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표4

기타피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
----	--

별표5

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
----	--

암직접치료통원특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
 - 가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 다. 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암
 - 라. 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암
 - 마. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명

< 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.

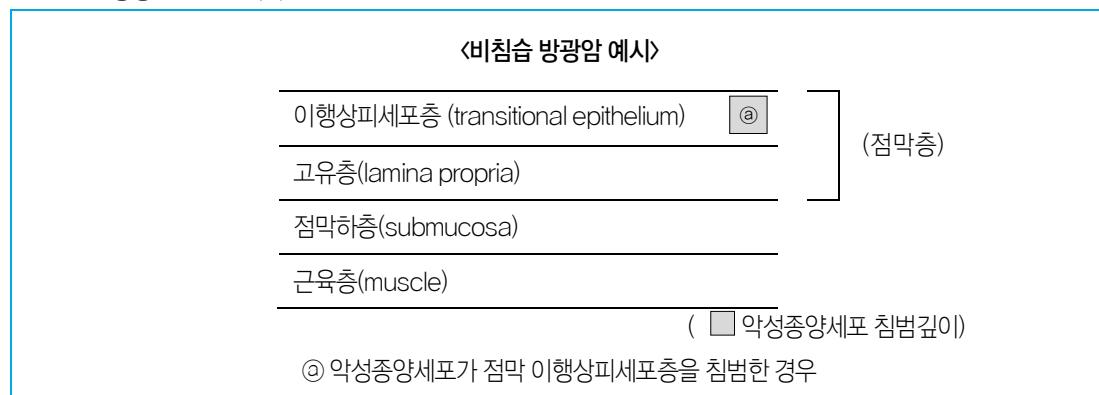
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(기타피부의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(갑상선의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”的 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의3 [“제자리암”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암” 및 “제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암”은 제외합니다.
- ② “제자리암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

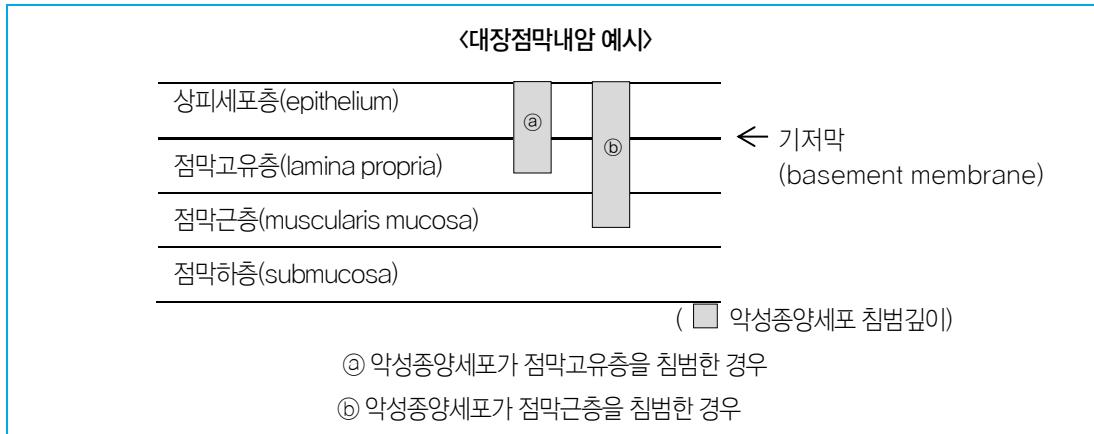
- ① 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”이라 함은 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병 기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판’에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.



- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”的 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습 방광암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

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



② “대장점막내암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“경계성종양”的 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성종양”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7 [“통원”的 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암”的 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 ‘의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관’(이하 “병원”이라 합니다)에 입실하지 않고, 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의8 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의2(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 최초 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”로 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장 개시일은 갱신일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함

하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉

계약일[부활(효력회복)일]

4월 10일

90일(암보장 제외기간)

암보장개시일

7월 9일

※ “경계성종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2-1조의9 [“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 신의료기술 평가위원회(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 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 「암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료」
 4. 호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암”的 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 “암직접치료통원보험금”으로 지급합니다.

지급사유	「피보험자가 최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 병원에 통원하였을 경우」 또는 「피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우」
------	---

지급금액	1회 통원에 대하여 특약보험가입금액의 0.2%
------	---------------------------

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

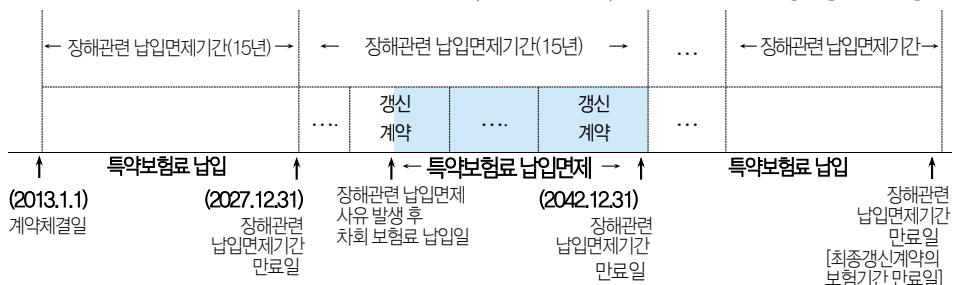
제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때, 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해관련 납입면제기간」은 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간'을 주기로 하며, 「장해관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간' 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정

(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장 받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 해당 질병 통원증명서, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 「주계약의 보험기간 만료일」로 합니다. 단, 각 호의 경우 「주계약의 보험기간 만료일」은 다음 각 호에서 정한 바에 따릅니다.

1. 본인형 및 배우자형에서 "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일
2. 본인형 및 배우자형에서 "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일
- ③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 “피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단 확정 되는 경우”에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

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

① 약관에 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
3. '요로의 악성신생물(C64-C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의4("비침습 방광암"의 정의 및 진단확정)에서 정한

“비침습 방광암”은 제외됩니다.

4. '소화기관의 악성신생물(C15–C26)'의 경우 이 특약 제2–1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대장점막내암”은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	--

별표2

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “기타피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 종 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

별표3

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명
<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명
<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>

별표4

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종	D01
3. 종이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 제자리 암종	D09

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p> <p>2. '기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종(D09)'의 경우 이 특약 제2-1조의4("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.</p> <p>3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.</p> <p>② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.</p> <p>설명</p> <p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
-----------	---

별표5

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동 양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

암진단특약IVD(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “암진단특약IVD(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병

나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병

다. 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암

라. 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암

마. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

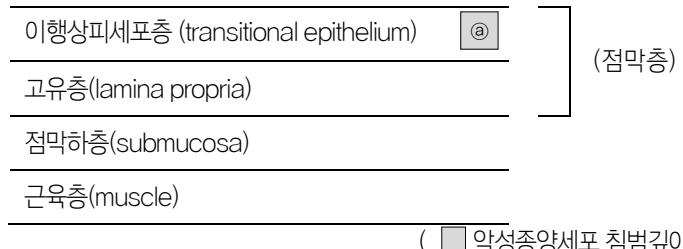
설명**< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 >**

- 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.

- ② 이 특약에 있어서 “유방암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표2(유방의 악성신생물 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “자궁암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표3(자궁의 악성신생물 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “전립선암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표4(전립선의 악성신생물 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑧ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑨ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

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

<비침습 방광암 예시>

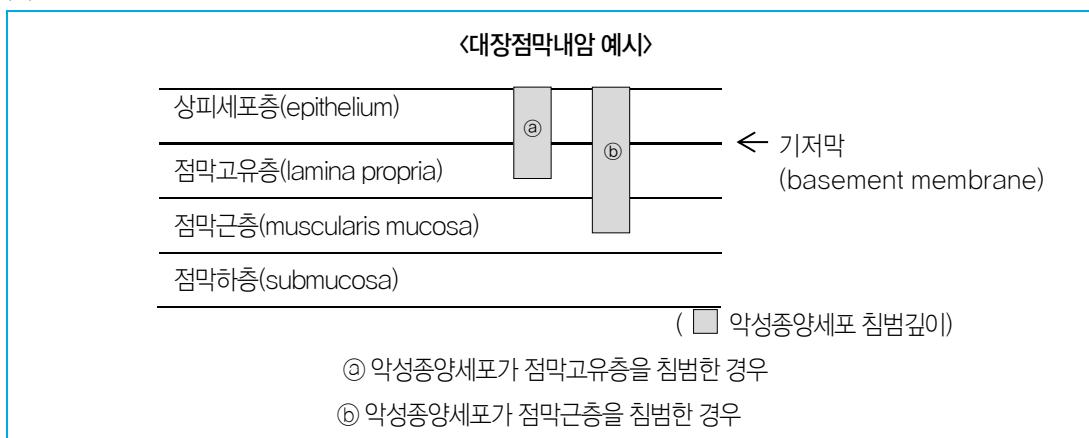
- ② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”的 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습 방광암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed

tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정]

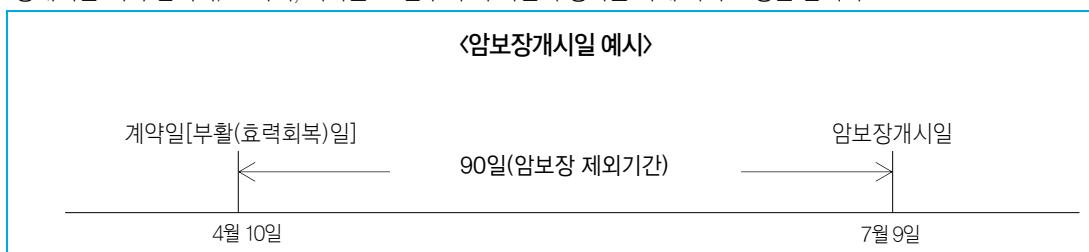
① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 층수, 결장, 직장을 말합니다.



② “대장점막내암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [특약의 보장개시일]

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(“암”의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약 일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암 보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여

보험수익자에게 아래 보험금을 “암진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	지급금액
– 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「"유방암", "자궁암" 또는 "전립선암"」으로 진단 확정 되었을 경우	계약일부터 1년 이내 : 보험가입금액의 50% 계약일부터 1년 초과 : 보험가입금액의 100%
– 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「"유방암", "자궁암" 또는 "전립선암"」 이외의 암으로 진단 확정되었을 경우	보험가입금액의 100%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자에게 암보장개시일 이후 「"유방암", "자궁암" 또는 "전립선암"」의 진단 확정으로 「계약일부터 1년 이내(계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.)」에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급 사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다.
- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ③ 제2-1조의3(“암”등의 정의 및 진단 확정), 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정) 및 제2-1조의5(“대장 점막내암”의 정의 및 진단 확정)에 따라 “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암”은 “암”의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 암진단보험금은 지급되지 않습니다.
- ④ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3 관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 ["특약의 무효"에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3("암" 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "암진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제3호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명

- 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

〈2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시〉

- 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지 2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지 2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지 2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지 2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후 2040년 1월 1일 이후	50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항

1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 기입할 수 있는 보험상품입니다.

2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

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

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원

발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3. '요로의 악성신생물(C64–C68)'의 경우 이 특약 제2–1조의4("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비 침습 방광암"은 제외됩니다.
4. '소화기관의 악성신생물(C15–C26)'의 경우 이 특약 제2–1조의5("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정 한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표2

유방의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
유방의 악성신생물	C50

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국 표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표3

자궁의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "자궁의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성 신생물	분류번호
1. 자궁경부의 악성신생물	C53
2. 자궁체부의 악성신생물	C54
3. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "자궁의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "자궁의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국 표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "자궁의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "자궁의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "자궁의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.	
② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "자궁의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "자궁의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.	

별표4

전립선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
전립선의 악성신생물	C61

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	--

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

암진단특약VN15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
 - 가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 다. 제2-1조의3(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암
 - 라. 제2-1조의4(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암
 - 마. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

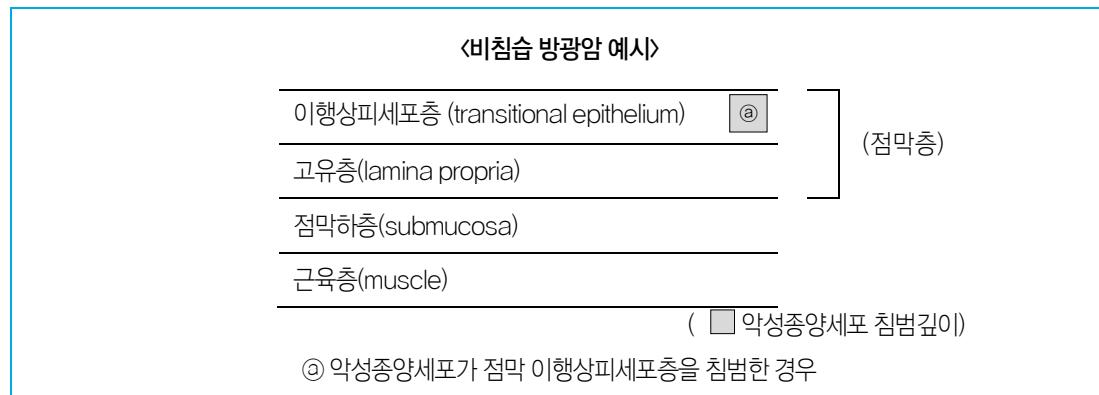
한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

설명	<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시> <ul style="list-style-type: none"> · 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.
----	--

- ② 이 특약에 있어서 “유방암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표2(유방의 악성신생물 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “자궁암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표3(자궁의 악성신생물 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “전립선암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표4(전립선의 악성신생물 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2-1조의3(“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑧ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2-1조의4(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑨ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의3 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

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

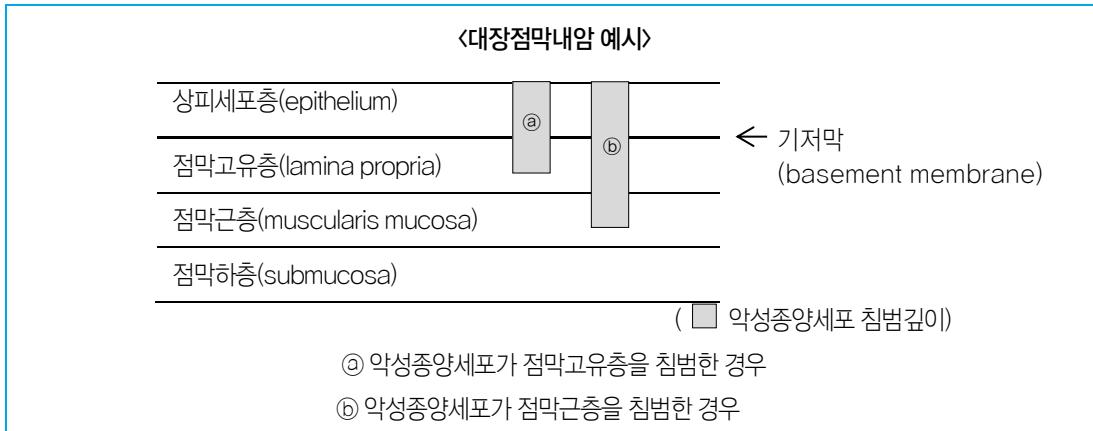


- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

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

니다.



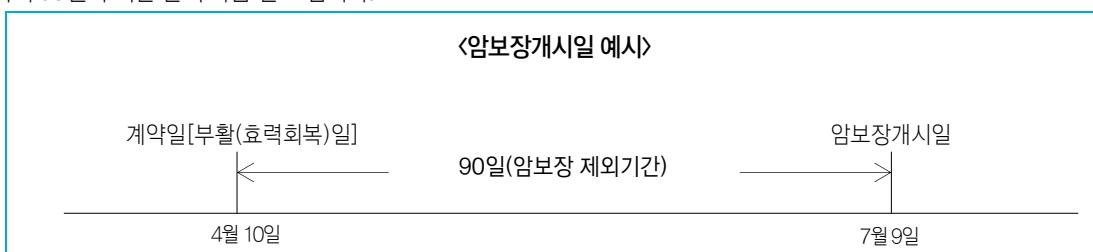
② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [특약의 보장개시일]

① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 제2-1조의2(“임”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “임”보장에 대한 보장개시일은 최초 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되었을 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “암진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	지급금액
– 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「"유방암", "자궁암" 또는 "전립선암"」으로 진단 확정 되었을 경우	최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 보험가입금액의 50% 최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 보험가입금액의 100%
– 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「"유방암", "자궁암" 또는 "전립선암"」 이외의 암으로 진단 확정되었을 경우	보험가입금액의 100%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자에게 암보장개시일 이후 「"유방암", "자궁암" 또는 "전립선암"」의 진단 확정으로 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

② 제1항의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

④ 제2-1조의2(“암”등의 정의 및 진단 확정), 제2-1조의3(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정) 및 제2-1조의4(“대장 점막내암”의 정의 및 진단 확정)에 따라 “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암”은 “암”의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 암진단보험금은 지급되지 않습니다.

⑤ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5

항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉						
※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우						
← 장해 관련 납입면제기간(15년) →	← 장해 관련 납입면제기간(15년) →	← 장해 관련 납입면제기간 →		
↑ 특약보험료 납입 (2013.1.1) 계약체결일	↑ 특약보험료 납입 (2027.12.31) 장해 관련 납입면제기간 만료일	↑ ← 특약보험료 납입면제 → ↑ 장해 관련 납입면제 시유 발생 후 차회 보험료 납입일	↑ ↑ (2042.12.31) 장해 관련 납입면제기간 만료일	↑ 특약보험료 납입	↑ ↑ 장해 관련 납입면제기간 만료일 [최종갱신계약의 보험기간 만료일]	
....	갱신 계약	갱신 계약	...		

※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입 해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표

(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의 2(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회

사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "암진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제3호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

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

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	--

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원

발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3. '요로의 악성신생물(C64-C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의3("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비 침습 방광암"은 제외됩니다.
4. '소화기관의 악성신생물(C15-C26)'의 경우 이 특약 제2-1조의4("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정 한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병 · 사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부 를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

별표2

유방의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병 · 사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
유방의 악성신생물	C50

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국 표준질병 · 사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생 물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국 표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경 우에는 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "유방의 악 성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경 우에는 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준 질병 · 사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질 병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

별표3

자궁의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "자궁의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 자궁경부의 악성신생물	C53
2. 자궁체부의 악성신생물	C54
3. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "자궁의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국 표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p> <p>2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원 발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.</p> <p>② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준 질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.</p> <p>설명</p> <p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
----	---

별표4

전립선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "전립선의 악성신생물"로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
전립선의 악성신생물	C61

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	--

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

암추가보장특약IID(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지 환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “암추가보장특약IID(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금 형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표[악성신생물 분류표(유방암, 자궁암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

- 가. 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 나. 분류번호 「C53(자궁경부의 악성신생물), C54(자궁체부의 악성신생물) 및 C55(자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물)」에 해당하는 질병
- 다. 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 라. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 마. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 바. 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암
- 사. 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암
- 아. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

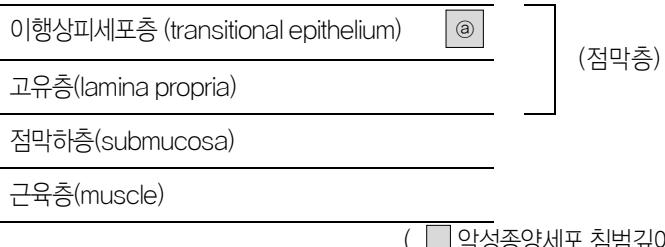
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② “암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

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

<비침습 방광암 예시>



② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

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

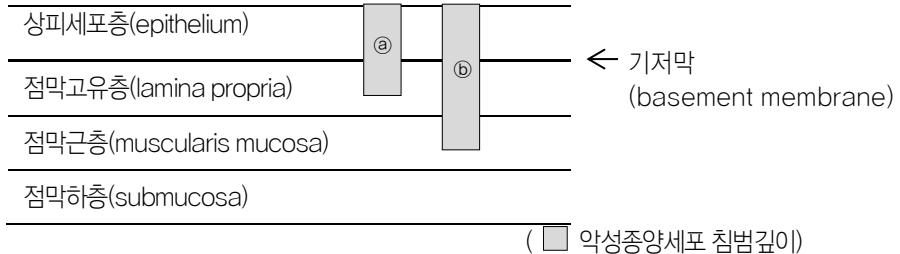
③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

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

합니다.

〈대장점막내암 예시〉

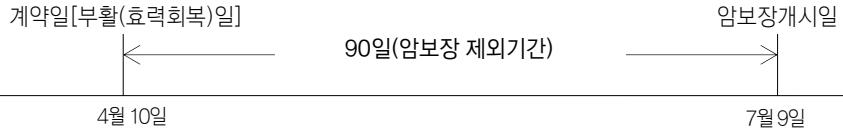


② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 혼미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약 일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암 보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 특약보험가입금액의 100%를 암진단보험금으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일

까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유로 간주됩니다.

제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1~4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 장해진단서, 사망진단서 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3 관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 ["특약의 무효"에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3("암" 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의

보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
----	-------------------------------------

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

- ② 제1항 제3호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

- ③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%
〈2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시〉		
	· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일
	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일
	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일
	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일
	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일
	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후

- ③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<p>1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.</p> <p>2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.</p>
------	---

제5관 기타사항

제2~15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

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

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 여성 생식기관의 악성신생물(단, 자궁암 제외)	C51-C52, C56-C58
8. 음경의 악성신생물	C60
9. 고환의 악성 신생물	C62
10. 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성신생물	C63
11. 요로의 악성신생물	C64-C68
12. 눈, 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69-C72
13. 부신의 악성신생물	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명부위의 악성신생물	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	--

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라

C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3. '요로의 악성신생물(C64~C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의4("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
4. '소화기관의 악성신생물(C15~C26)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

암추가보장특약ⅡN15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-15 조까지의 규정을 이 특약 제 1 편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제 1 편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제 2 편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표[악성신생물 분류표(유방암, 자궁암, 전립선암, 기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

- 가. 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 나. 분류번호 「C53(자궁경부의 악성신생물), C54(자궁체부의 악성신생물) 및 C55(자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물)」에 해당하는 질병(이하 ‘자궁암’이라 합니다)
- 다. 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 라. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 마. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 바. 제2-1조의3(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암
- 사. 제2-1조의4(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암
- 아. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

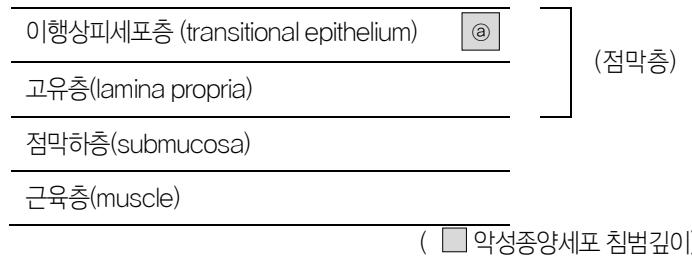
설명	<p><원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시></p> <ul style="list-style-type: none"> · C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
-----------	---

② “암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의3 [“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정]

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

<비침습 방광암 예시>



② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

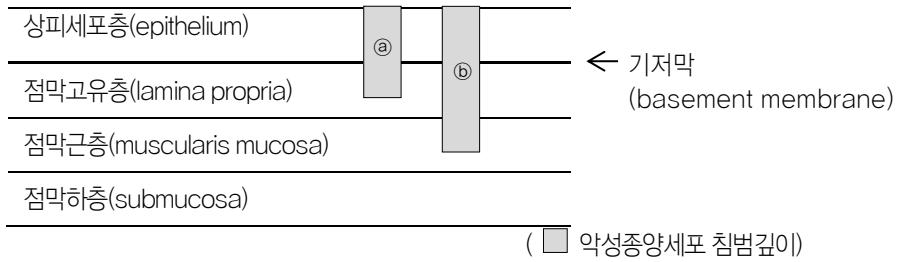
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”的 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정]

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

〈대장점막내암 예시〉



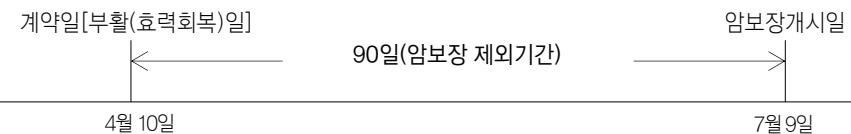
- ① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의2(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 최초 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암 보장개시일은 갱신일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



제 2 관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 특약보험가입금액의 100%를 “암진단보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 사망 당시의 책임

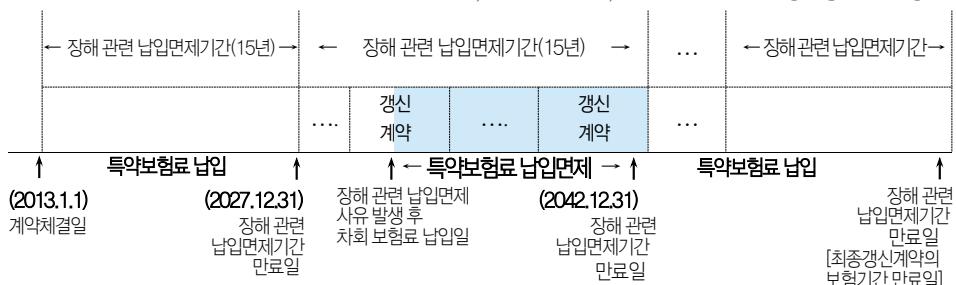
준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
② 제1~5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

- ⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

- ⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간

만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이 외에 "피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2("임" 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "임"으로 진단 확정 되는 경우"에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우	
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우	이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항 제3호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.	
1. 실종선고를 받은 경우·법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.	

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

③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

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

① 약관에 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 여성 생식기관의 악성신생물(단, 자궁암 제외)	C51-C52, C56-C58
8. 음경의 악성신생물	C60
9. 고환의 악성 신생물	C62
10. 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성신생물	C63
11. 요로의 악성신생물	C64-C68
12. 눈, 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69-C72
13. 부신의 악성신생물	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명부위의 악성신생물	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라

C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3. '요로의 악성신생물(C64-C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의3("비침습 방광암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
4. '소화기관의 악성신생물(C15-C26)'의 경우 이 특약 제2-1조의4("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

여성특정수술보장특약D(무배당) 약관

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.
※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

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

제2-1조의2 [“여성특정질병”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “여성특정질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(여성특정질병 분류표)에서 정한 「여성생식기의 질환 및 여성생식기의 양성신생물」, 「유방의 질환 및 유방의 양성신생물」, 「갑상선의 질환 및 갑상선의 양성신생물」을 말합니다.
- ② “여성특정질병”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 및 한의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단에 의합니다.

제2-1조의3 [“수술”의 정의와 장소]

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 “의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사가 피보험자의 「여성생식기의 질환 및 여성생식기의 양성신생물」, 「유방의 질환 및 유방의 양성신생물」, 「갑상선의 질환 및 갑상선의 양성신생물」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어	〈 절단(切斷) 〉
해설	특정부위를 잘라 내는 것
	〈 절제(切除) 〉
	특정부위를 잘라 없애는 것
	〈 신의료기술평가위원회 〉
	의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임

(避妊) 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등]은 수술에서 제외됩니다.

용어	<흡인(吸引)>
해설	주사기 등으로 빨아들이는 것 <천자(穿刺)>
	바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. (각각 최초 1회에 한하여 지급합니다)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “여성생식기의 질환 및 여성생식기의 양성신생물”로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 : 여성생식기질환수술보험금
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “유방의 질환 및 유방의 양성신생물”로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 : 유방질환수술보험금
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “갑상선의 질환 및 갑상선의 양성신생물”로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 : 갑상선질환수술보험금

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조) 상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생 장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "해당 질병 진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
 - 나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간> 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.
----	---

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하, "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1~4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1~5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2~13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2~14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2~14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2~15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1**보험금 지급기준표****(1) 여성생식기질환수술보험금(약관 제2-2조 제1호)**

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “여성생식기의 질환 및 여성생식기의 양성신생물”로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(단, 최초1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 3%

(2) 유방질환수술보험금(약관 제2-2조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “유방의 질환 및 유방의 양성신생물”로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(단, 최초1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 3%

(3) 갑상선질환수술보험금(약관 제2-2조 제3호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “갑상선의 질환 및 갑상선의 양성신생물”로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(단, 최초1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 3%

별표2

여성특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

구 분	대 상 질 병 명	분류번호
여성생식기의 질환 및 여성생식기의 양성신생물	<ul style="list-style-type: none"> · 자궁의 평활근증 D25 · 자궁의 기타 양성신생물 D26 · 난소의 양성신생물 D27 · 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 양성신생물 D28 · 난관염 및 난소염 N70 · 자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환 N71 · 자궁경부의 염증성 질환 N72 · 기타 여성 골반염증성 질환 N73 · 달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애 N74 · 여성생식기관의 결핵 A18.17 · 바르톨린선의 질환 N75 · 질 및 외음부의 기타염증 N76 · 달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증 N77 · 자궁내막증 N80 · 여성 생식기 탈출 N81 · 여성 생식관을 침범한 누공 N82 · 난소, 난관 및 넓은 인대의 비염증성 장애 N83 · 여성 생식관의 풀립 N84 · 자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애 N85 · 자궁경부의 미란 및 외반 N86 · 자궁경부의 이형성 N87 · 자궁경부의 백반 N88.0 · 자궁경부의 오래된 열상 N88.1 · 자궁경부의 협착 N88.2 · 자궁경부의 비대성 연장 N88.4 · 자궁경부의 기타 명시된 비염증성 장애 N88.8 · 자궁경부의 상세불명의 비염증성 장애 N88.9 · 질의 기타 비염증성 장애 N89 · 외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애 N90 · 무월경, 소량 및 희발 월경 N91 · 과다, 빈발 및 불규칙 월경 N92 · 기타 이상 자궁 및 질 출혈 N93 · 여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태 N94 · 폐경 및 기타 폐경전후 장애 N95 	

구 분	대 상 질 병 명	분류번호
유방의 질환 및 유방의 양성신생물	<ul style="list-style-type: none"> · 유방의 양성신생물 · 양성 유방 형성이상 · 유방의 염증성 장애 · 유방의 상세불명의 덩이 · 유방의 기타 장애 	D24 N60 N61 N63 N64
갑상선의 질환 및 갑상선의 양성신생물	<ul style="list-style-type: none"> · 갑상선의 양성 신생물 · 선천성 요오드 결핍 증후군 · <u>요오드 결핍과 관련된 갑상선 장애 및 동류의 병태</u> · 무증상 요오드결핍성 갑상선 기능 저하증 · 기타 갑상선 기능 저하증 · 기타 비독성 고이터 · 갑상선독증 [갑상선기능항진증] · 갑상선이상성 암구돌출 · 갑상선염 · 갑상선의 기타 장애 	D34 E00 E01 E02 E03 E04 E05 H06.2 E06 E07

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병 · 사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
----	---

여성특정수술보장특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“여성특정질병”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “여성특정질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(여성특정질병 분류표)에서 정한 「여성생식기의 질환 및 여성생식기의 양성신생물」, 「유방의 질환 및 유방의 양성신생물」, 「갑상선의 질환 및 갑상선의 양성신생물」을 말합니다.
- ② “여성특정질병”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 및 한의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단에 의합니다.

제2-1조의3 [“수술”의 정의와 장소]

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 “의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사”가 피보험자의 「여성생식기의 질환 및 여성생식기의 양성신생물」, 「유방의 질환 및 유방의 양성신생물」, 「갑상선의 질환 및 갑상선의 양성신생물」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어	〈절단(切斷)〉
해설	특정부위를 잘라 내는 것
	〈절제(切除)〉
	특정부위를 잘라 없애는 것

〈신의료기술평가위원회〉

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

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등]은 수술에서 제외됩니다.

용어 <흡인(吸引)>

주사기 등으로 빨아들이는 것

<천자(穿刺)>

바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 3개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.(각각 최초1회에 한하여 지급합니다)

1. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “여성생식기의 질환 및 여성생식기의 양성신생물”로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 : 여성생식기질환수술보험금
2. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “유방의 질환 및 유방의 양성신생물”로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 : 유방질환수술보험금
3. 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “갑상선의 질환 및 갑상선의 양성신생물”로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 : 갑상선질환수술보험금

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하

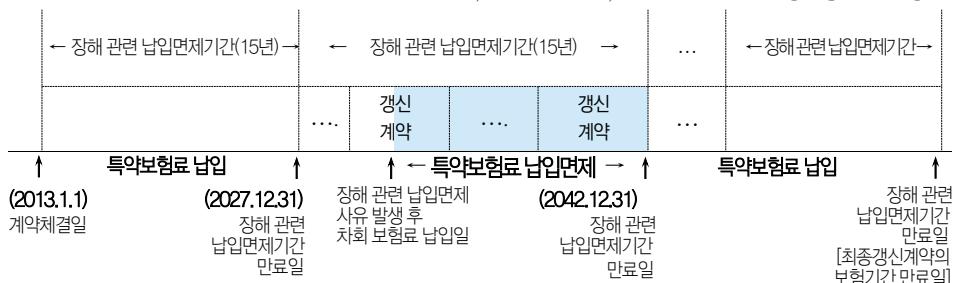
며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "해당 질병 진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등"을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [“특약의 체결”에 대한 특칙]

이 특약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장을 가입해야 합니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 세부 보장은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며, 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그 때부터 효력이 없습니다.

- ③ 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

- ④ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제2-12조의2 [“특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입”에 관한 특칙]

제1-11조(특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입)에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제2-12조(특약의 소멸)

제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입해야 합니다.

제2-12조의3 [“보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)”에 관한 특칙]

제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 때, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다. 단, 이미 보험금 지급사유가 발생한 세부보장은 제외합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

보험금 지급기준표

(1) 여성생식기질환수술보험금(약관 제2-2조 제1호)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “여성생식기의 질환 및 여성생식기의 양성신생물”로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (단, 최초1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 3%

(2) 유방질환수술보험금(약관 제2-2조 제2호)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “유방의 질환 및 유방의 양성신생물”로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (단, 최초1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 3%

(3) 갑상선질환수술보험금(약관 제2-2조 제3호)

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “갑상선의 질환 및 갑상선의 양성신생물”로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (단, 최초1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 3%

별표2

여성특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

구 분	대 상 질 병 명	분류번호
여성생식기의 질환 및 여성생식기의 양성신생물	· 자궁의 평활근종	D25
	· 자궁의 기타 양성신생물	D26
	· 난소의 양성신생물	D27
	· 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 양성신생물	D28
	· 난관염 및 난소염	N70
	· 자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
	· 자궁경부의 염증성 질환	N72
	· 기타 여성 골반염증성 질환	N73
	· 달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애	N74
	· 여성생식기관의 결핵	A18.17
	· 바르톨린선의 질환	N75
	· 질 및 외음부의 기타 염증	N76
	· 달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
	· 자궁내막증	N80
	· 여성 생식기 탈출	N81
	· 여성 생식관을 침범한 누공	N82
	· 난소, 난관 및 넓은 인대의 비염증성 장애	N83
	· 여성생식관의 폴립	N84
	· 자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
	· 자궁경부의 미란 및 외반	N86
	· 자궁경부의 이형성	N87
	· 자궁경부의 백반	N88.0
	· 자궁경부의 오래된 열상	N88.1
	· 자궁경부의 협착	N88.2
	· 자궁경부의 비대성 연장	N88.4
	· 자궁경부의 기타 명시된 비염증성 장애	N88.8
	· 자궁경부의 상세불명의 비염증성 장애	N88.9
	· 질의 기타 비염증성 장애	N89
	· 외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
	· 무월경, 소량 및 희발 월경	N91
	· 과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
	· 기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
	· 여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
	· 폐경 및 기타 폐경전후 장애	N95

구 분	대 상 질 병 명	분류번호
유방의 질환 및 유방의 양성신생물	<ul style="list-style-type: none"> · 유방의 양성신생물 · 양성 유방 형성이상 · 유방의 염증성 장애 · 유방의 상세불명의 뎅이 · 유방의 기타 장애 	D24 N60 N61 N63 N64
갑상선의 질환 및 갑상선의 양성신생물	<ul style="list-style-type: none"> · 갑상선의 양성 신생물 · 선천성 요오드결핍증후군 · <u>요오드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태</u> · 무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증 · 기타 갑상선기능저하증 · 기타 비독성 고이터 · 갑상선독증 [갑상선기능항진증] · 갑상선이상성 암구돌출 · 갑상선염 · 갑상선의 기타 장애 	D34 E00 E01 E02 E03 E04 E05 H06.2 E06 E07

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "여성특정질병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
----	---

요양병원 암입원특약N(갱신형,무배당) 약관

※ 이 특약의 갱신주기는 3년으로 합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
 - 가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 다. 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암
 - 라. 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암
 - 마. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

【유의사항】

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

설명	〈원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시〉
	<ul style="list-style-type: none"> · 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.

- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(기타피부의 악성신생물 분류표)에 해

당하는 질병을 말합니다.

- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(갑상선의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.
⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

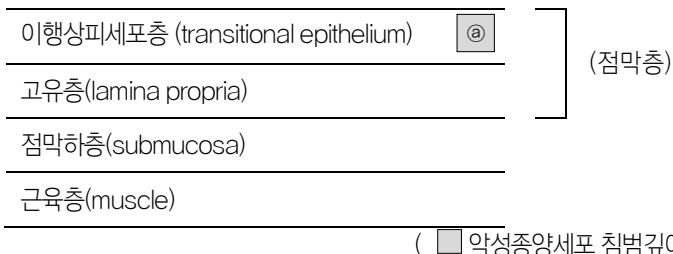
제2-1조의3 [“제자리암”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암” 및 “제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암”은 제외합니다.
② “제자리암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈비침습 방광암 예시〉



(□ 악성종양세포 침범깊이)

- ② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

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

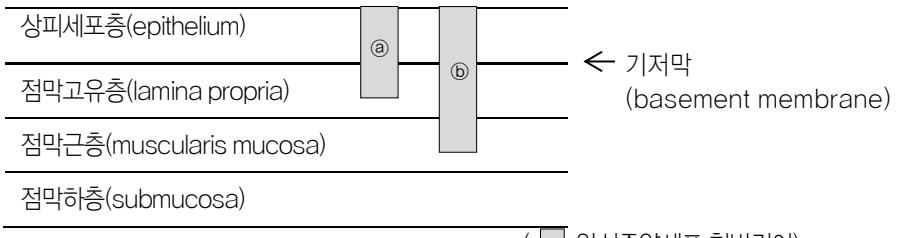
- ③ “비침습 방광암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침

범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 총수, 결장, 직장을 말합니다.

〈대장점막내암 예시〉



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“경계성종양”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② “경계성종양”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

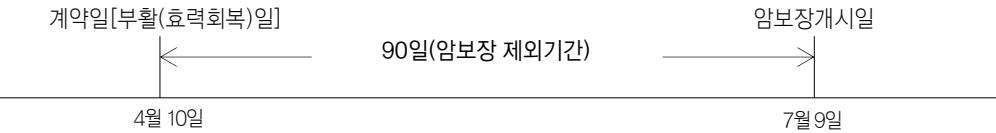
제2-1조의7 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 비침습 방광암 또는 대장점막내암”으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의8 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
② 제1항에도 불구하고 제2-1조의2(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 최초 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암 보장개시일은 갱신일로 합니다.
③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



※ “경계성종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2 관 보험금 지급 등

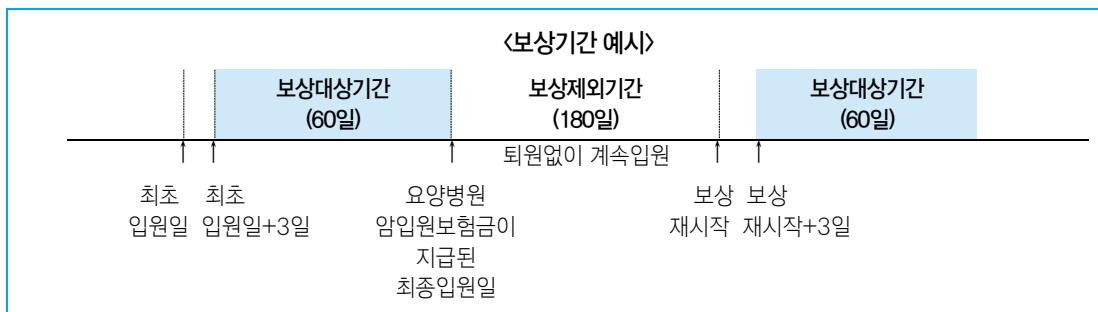
제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 “요양병원 암입원보험금”으로 지급합니다.

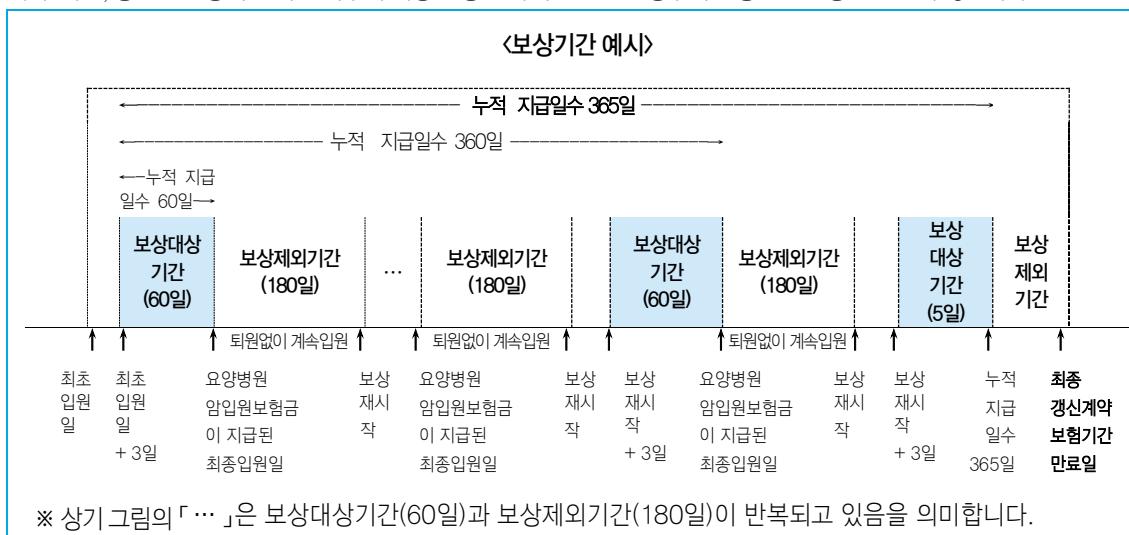
지급사유	피보험자가 최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 이 특약의 보험기간 중 그 “암”으로 인하여 4일이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 경우
지급금액	3일초과 요양병원에 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2% (1회 입원당 60일 한도)
지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “경계성종양”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 진단이 확정되고 이 특약의 보험기간 중 그 질병으로 인하여 4일이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 경우
지급금액	3일초과 요양병원에 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1% (1회 입원당 60일 한도)

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 인하여 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 “요양병원 암입원보험금”의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 60일을 최고한도로 하여 계산합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 따른 입원이라도 “요양병원 암입원보험금”이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 “요양병원 암입원보험금”이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 “요양병원 암입원보험금”이 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특약의 최초계약 가입일부터 지급된 “요양병원 암입원보험금”의 누적 지급일수(이하 “누적 지급일수”라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 “요양병원 암입원보험금”은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.



* 상기 그림의 「...」은 보상대상기간(60일)과 보상제외기간(180일)이 반복되고 있음을 의미합니다.

⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “요양병원 암입원보험금” 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 “요양병원 암입원보험금”을 지급합니다.

⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 “요양병원 암입원보험금”의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병으로 인하여 입원한 경우에는 가장 높은 “요양병원 암입원보험금”을 지급하며 “요양병원 암입원보험금”이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 “요양병원 암입원보험금”을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

⑨ 제2-1조의2(“암” 등의 정의 및 진단 확정), 제2-1조의4(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정) 및 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에 따라 “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암”은 “암”的 정의에서 제외되는 바, “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 “기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암” 각각에 해당하는 보험금을 지급하고 “암”에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.

⑩ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특

약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

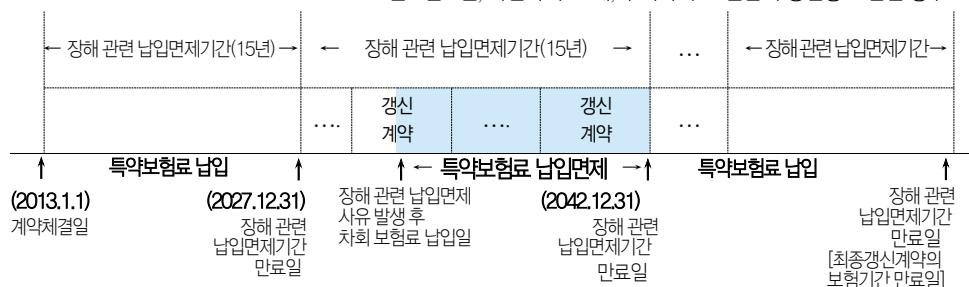
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2~5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서, 해당 질병 입원증명서, 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형, 자녀형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3人, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이

하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
 3. 자녀형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1인으로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형 및 자녀형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 또는 자녀(주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함)의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 각 호의 경우 「주계약의 보험기간 만료일」은 다음 각 호에서 정한 바에 따릅니다.
1. “최대 30세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 30세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 30세 계약해당일의 전일
 2. 본인형 및 배우자형에서 “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일
 3. 본인형 및 배우자형에서 “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일
 4. 자녀형에서 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 27세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 27세 계약해당일의 전일
- ③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

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

① 약관에 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
3. '요로의 악성신생물(C64-C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의4("비침습 방광암"의 정의 및 진단확정)에서 정한

“비침습 방광암”은 제외됩니다.

4. '소화기관의 악성신생물(C15–C26)'의 경우 이 특약 제2–1조의5("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표2

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “기타피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명
피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명
진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표3

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명
피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명
진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

별표4

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 제자리 암종	D09

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

2. '기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종(D09)'의 경우 이 특약 제2-1조의4("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표5

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동 양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

응급의료아나필락시스쇼크진단특약N(갱신형,무배당) 약관

※ 이 특약의 갱신주기는 3년으로 합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 3년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 3년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“아나필락시스쇼크”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “아나필락시스쇼크”라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(아나필락시스쇼크 분류표)에서 정한 항목을 말합니다.
- ② “아나필락시스쇼크”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사 및 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 하며, 이 진단은 쇼크를 동반한 아나필락시스에 해당하는 임상적 특징을 기초로 하여야 합니다.

제2-1조의3 [“응급실”의 정의와 장소]

- ① 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 신고되고 그 신고가 수리된 응급의료시설을 말합니다.
- ② 관련 법령이 개정된 경우에는 “응급실” 내원 시점의 법령에 따른 기준을 적용하여 “응급실” 여부를 판단합니다.

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

- ① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 응급실에 내원하여 “아나필락시스쇼크”로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 20%를 “응급의료 아나필락시스쇼크 진단보험금”으로 지급합니다. 다만, “응급 의료 아나필락시스쇼크 진단보험금”은 보험연도 기준 연1회의 진단에 한하여 보장합니다.
- ② 제1항의 “보험연도”는 당해 연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명	<보험연도 계산 예시>
보험계약일이 2016년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.	

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

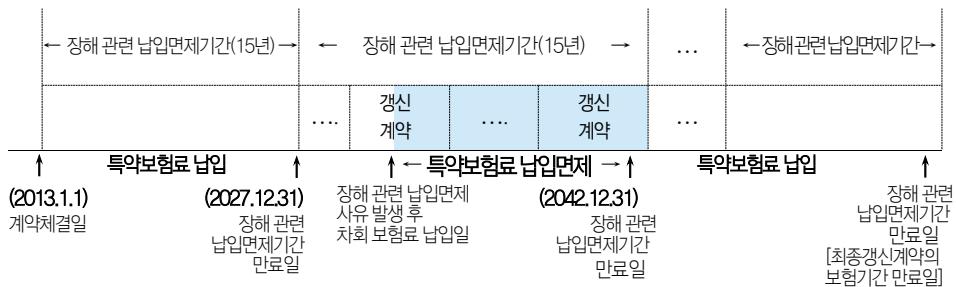
- ① 응급실이 아닌 곳에서 “아나필락시스쇼크”로 진단 확정되었을 경우에는 해당 진단보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “아나필락시스쇼크”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 “응급의료 아나필락시스쇼크 진단보험금”을 지급하여 드립니다. 다만, 해당 보험연도에 이미 지급된 “응급의료 아나필락시스쇼크 진단보험금”이 있는 경우에는 지급하지 않습니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5 항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제 기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

* 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



* 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

* 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

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

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장 받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “응급실기록지 사본, 사망진단서, 해당 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와

특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**아나필락시스쇼크 분류표**

① 약관에 규정하는 “아나필락시스쇼크로 분류되는 항목”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

분류 항 목	분류 번 호
· 음식의 유해작용으로 인한 아나필락시스쇼크	T78.0
· 상세불명의 아나필락시스쇼크	T78.2
· 혈청에 의한 아나필락시스쇼크	T80.5
· 적절히 투여된 올바른 약물 또는 약제의 유해작용에 의한 아나필락시스쇼크	T88.6

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “아나필락시스쇼크로 분류되는 항목”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “아나필락시스쇼크로 분류되는 항목”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “아나필락시스쇼크로 분류되는 항목”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “아나필락시스쇼크로 분류되는 항목”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “아나필락시스쇼크로 분류되는 항목”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “아나필락시스쇼크로 분류되는 항목”인 경우에는 약관에서 규정하는 “아나필락시스쇼크로 분류되는 항목”으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “아나필락시스쇼크로 분류되는 항목”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “아나필락시스쇼크로 분류되는 항목”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “아나필락시스쇼크로 분류되는 항목”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “아나필락시스쇼크로 분류되는 항목”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “아나필락시스쇼크로 분류되는 항목”으로 보지 않습니다.
----	---

일과성뇌허혈발작진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 "일과성뇌허혈발작진단특약 D(무배당, 무해지환급금형)"으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 "유해지환급금형 상품"이라 하며, "유해지환급금형 상품"은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 ["일과성 뇌허혈발작"의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 "일과성 뇌허혈발작"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(일과성 뇌허혈발작 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "일과성 뇌허혈발작"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 의학적으로 "일과성 뇌허혈발작"으로 인정되는 병력·신경학적 검진 및 뇌영상검사 등 해당 질병의 진단을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가로 정해집니다. 회사는 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 "일과성 뇌허혈발작"으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "일과성 뇌허혈발작"임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “일과성 뇌허혈발작”으로 진단이 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “일과성 뇌허혈발작 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “일과성 뇌허혈발작”으로 진단이 확정되었을 경우 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 5% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 2.5%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “일과성 뇌허혈발작”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시

적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한 시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해 지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 간신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
 - 나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “일과성 뇌허혈발작 진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

<p>설명</p> <ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">기간</th><th style="text-align: center;">2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2040년 1월 1일 이후 50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율														
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%														
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%														
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%														
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%														
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%														
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%														
<p>③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.</p> <p>④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.</p> <p>⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">유의사항</td> <td style="padding: 5px;"> 1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다. 2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경 </td> </tr> </table>	유의사항	1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다. 2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경												
유의사항	1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다. 2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경														

과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제 5 관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**일과성 뇌허혈발작 분류표**

① 약관에 규정하는 “일과성 뇌허혈발작으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다. 다만, 일과성 완전기억상실(Transient global amnesia, G45.4), 신생아의 신생아뇌허혈(P91.0), 뇌출혈 및 뇌경색증(I60~I63), 뇌전증(G40), 편두통(G43), 실신 및 허탈(R55)은 보장에서 제외합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 척추-뇌기저동맥증후군	G45.0
· 경동맥증후군(대뇌반구성)	G45.1
· 다발성 및 양쪽 뇌전동맥증후군	G45.2
· 일과성 흑암시	G45.3
· 기타 일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45.8
· 상세불명의 일과성 뇌허혈발작	G45.9

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “일과성 뇌허혈발작으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “일과성 뇌허혈발작으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “일과성 뇌허혈발작으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “일과성 뇌허혈발작으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “일과성 뇌허혈발작으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “일과성 뇌허혈발작으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “일과성 뇌허혈발작으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “일과성 뇌허혈발작으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “일과성 뇌허혈발작으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “일과성 뇌허혈발작으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “일과성 뇌허혈발작으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “일과성 뇌허혈발작으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

재진단암보장특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지 환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “재진단암보장특약D(무배 당,무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급 금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

1. 첫번째 암: “첫번째 암”이라 함은 이 특약의 보험기간 중 「암보장개시일」[제2-1조의9(특약의 보장개시일) 참조] 이후에 최초로 진단 확정되는 “암”[제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 참조]을 말합니다.
 2. 재진단암: “재진단암”이라 함은 이 특약의 보험기간 중 “첫번째 암”으로 진단 확정되고 그 이후에 진단 확정되는 “재진단암”의 정의[제2-1조의4(“재진단암”의 정의 및 진단 확정) 참조]에서 정한 암을 말합니다.
 3. 보험료 납입기간: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.
- [▼ 아래 용어는 제1-2조(용어의 정의) 제4호에도 불구하고 아래의 정의를 적용합니다]
4. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약이 부가된 주계약 체결 시점의 평균공시이율을 말하 며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

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 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
 - 가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 다. 제2-1조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암
 - 라. 제2-1조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암

마. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명

<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.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2-1조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2-1조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”的 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“재진단암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “재진단암”이라 함은 제2-1조의3(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암” 중 “전립선암”을 제외한 질병에 해당하면서 「재진단암 보장개시일」[제2-1조의9(특약의 보장개시일) 참조] 이후에 다음 각 호의 “암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)”으로 진단 확정 받은 경우를 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 동일장기 또는 타 부위에 전이된 암
3. 동일장기에 재발된 암
4. “암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암” 제외)”에 대한 보장개시일 이후 발생한 “암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)” 진단부위에 “암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)” 세포가 남아 있는 경우

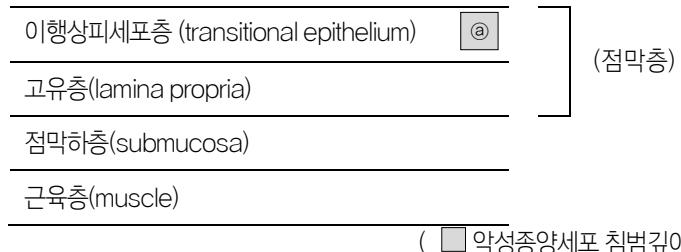
② 이 특약에 있어서 “전립선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표2(전립선의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “재진단암”的 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “재진단암”으로 진단 또는 치료(재진단암의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료 · 항암약물치료 · 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 하며, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

제2-1조의5 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈비침습 방광암 예시〉



② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

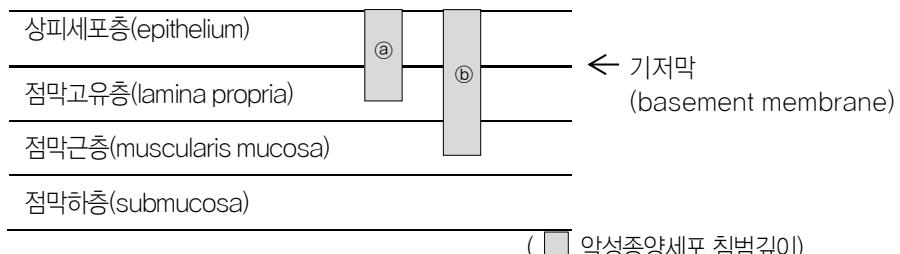
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈대장점막내암 예시〉



④ 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

⑤ 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7 [“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의]

- ① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “재진단암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘비침습 방광암’, ‘대장점막내암’ 및 ‘전립선암’ 제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “재진단암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘비침습 방광암’, ‘대장점막내암’ 및 ‘전립선암’ 제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬리소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제2-1조의8 [“수술”의 정의와 장소]

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “재진단암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘비침습 방광암’, ‘대장점막내암’ 및 ‘전립선암’ 제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어	〈 절단(切斷) 〉
해설	특정부위를 잘라 내는 것
	〈 절제(切除) 〉
	특정부위를 잘라 없애는 것
	〈 신의료기술평가위원회 〉
	의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

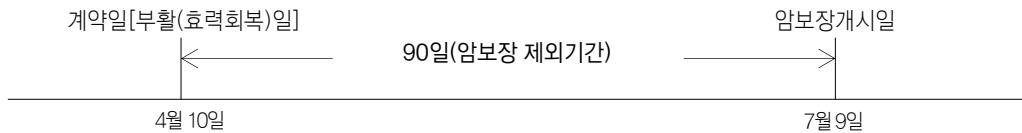
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등]은 수술에서 제외됩니다.

용어	〈 흡인(吸引) 〉
해설	주사기 등으로 빨아 들이는 것
	〈 천자(穿刺) 〉
	바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제2-1조의9 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다. 단, 피보험자가 될 자가 태아인 경우 보장개시일은 피보험자의 출생일(계약자가 출생예정일 이후에도 피보험자의 출생통지를 하지 않은 경우, 그 출생통지에 따른 확정이 이루어지기 전까지 출생일은 출생예정일로 하며, 이하 같습니다)로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날{단, 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일] 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일], 이하 “암보장개시일”이라 합니다}로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



※ 피보험자가 15세 미만인 경우 암보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

③ 제1항에도 불구하고 제2-1조의4(“재진단암”의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “재진단암” 보장에 대한 보장개시일은 다음 각 호를 따르며, 부활(효력회복)하는 경우에도 동일합니다.

1. 첫번째 재진단암 보장개시일 : 첫번째 암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암” 제외) 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음 날
2. 두번째 이후 재진단암 보장개시일 : 직전 “재진단암”(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외) 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음 날

(이하 “첫번째 재진단암 보장개시일”과 “두번째 이후 재진단암 보장개시일”을 합하여 「재진단암 보장개시일」이라 합니다)

〈재진단암 보장개시일 예시〉

“첫번째 암” 진단 확정	첫번째 “재진단암” 보장개시일	첫번째 “재진단암” 진단 확정	두번째 “재진단암” 보장개시일	두번째 “재진단암” 진단 확정	세번째 “재진단암” 보장개시일	...
	← 2년 (재진단암보장 제외기간) →		← 2년 (재진단암보장 제외기간) →		← 2년 (재진단암보장 제외기간) →	...
2014.4.10	2016.4.10	2019.6.10	2021.6.10	2026.7.10	2028.7.10	

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「재진단암 보장개시일」 이후에 “재진단암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)”으로 진단 확정 되었을 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 100%를 재진단암치료보험금으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “재진단암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 「재진단암 보장개시일」 전일 이전에 “재진단암”으로 진단 확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 재진단암치료보험금은 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “첫번째 암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암” 제외)” 또는 “재진단암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)” 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음 날 이후에 제2-1조의4(“재진단암”의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “재진단암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및

“전립선암” 제외)으로 진단 확정 받은 경우에만 보험금을 지급합니다.

③ 제1~5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우 또는 이 특약의 보장개시 전에 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 암보장개시일 이후 보험료 납입기간 중 피보험자가 암(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑤ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3 관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 ["특약의 체결"에 대한 특칙]

① 이 특약은 제1-9조(특약의 체결) 제1항과 관련하여, 피보험자가 될 자가 태아인 경우 피보험자의 출생일에 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 제1-9조(특약의 체결) 제3항과 관련하여, 피보험자가 될 자가 태아인 경우 특약의 청약을 받은 경우에 건강 진단을 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.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지

급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의4 ["특약의 무효"에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의 3("임" 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "임"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 기입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

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

3. “첫번째 암”으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우
4. “첫번째 암” 또는 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함한 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우

- ② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 제1항 제3호에서 제4호에 해당하는 경우, 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사는 그 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

제2-12조의2 [“특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입”에 관한 특칙]

제1-11조(특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입)와 관련하여 피보험자가 될 자가 태아인 경우 계약자는 이 특약의 보험료를 피보험자의 출생일부터 납입하여야 하며, 이 때 보험료는 보장개시시점의 피보험자 나이(0세) 및 주계약 가입 시점의 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)을 적용하여 계산합니다. 다만, 출생예정일까지 회사가 피보험자의 출생통지를 받지 못한 경우 계약자는 출생예정일부터 주계약의 태아가입특칙에 따라 계산된 이 특약의 보험료를 납입하여야 하며, 회사는 출생통지 시점에 주계약의 태아가입특칙에 따라 보험료를 정산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 경우에는 「출생예정일 이후에 해당하는 보험기간에 대해 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)」를 계약자에게 지급합니다.
1. 주계약을 체결할 때 피보험자가 될 자가 태아(胎兒)인 경우
 2. 특약의 해지 시점이 출생예정일 이후인 경우
 3. 특약의 해지 시점이 피보험자가 될 자가 출생하기 전인 경우
- ③ 제2항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 ‘태아가 출생하기 전’임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	<ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%
기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율														
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%														
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%														
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%														
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%														
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%														
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%														
<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>															
<ul style="list-style-type: none"> · 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2040년 1월 1일 이후</td></tr> </tbody> </table>		기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율														
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일														
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일														
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일														
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일														
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일														
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후														

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<p>1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.</p> <p>2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.</p>
------	---

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 태아가입특칙이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대해서도 태아가입특칙을 적용합니다.

별표1

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

※ 단, “재진단암”의 경우 전립선암도 제외됩니다.

- ① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

- (주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	--

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원

발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3. '요로의 악성신생물(C64-C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비 침습 방광암"은 제외됩니다.
4. '소화기관의 악성신생물(C15-C26)'의 경우 이 특약 제2-1조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정 한 "대장점막내암"은 제외됩니다.
5. "재진단암"의 경우 별표2(전립선의 악성신생물 분류표)에서 정한 '전립선의 악성신생물(C61)'은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병 · 사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부 를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표2

전립선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
전립선의 악성신생물	C61

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명
<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[0]차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명
<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>

재진단암보장특약Ⅱ D15(갱신형, 무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

1. 첫번째 암: “첫번째 암”이라 함은 이 특약의 보험기간 중 「암보장개시일」[제2-1조의11(특약의 보장개시일) 참조] 이후에 최초로 진단 확정되는 “암”[제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 참조]을 말합니다.
2. 재진단암: “재진단암”이라 함은 이 특약의 보험기간 중 “첫번째 암”으로 진단 확정되고 그 이후에 진단 확정되는 “재진단암”的 정의[제2-1조의4(“재진단암”的 정의 및 진단 확정) 참조]에서 정한 암을 말합니다.

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
 - 가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 다. 제2-1조의5(“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암
 - 라. 제2-1조의6(“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암
 - 마. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명	<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
	<ul style="list-style-type: none">· 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.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2-1조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2-1조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”的 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“재진단암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “재진단암”이라 함은 제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암” 중 “전립선암”을 제외한 질병에 해당하면서 「재진단암 보장개시일」[제2-1조의11(특약의 보장개시일) 참조] 이후에 다음 각 호의 “암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)”으로 진단 확정 받은 경우를 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 동일장기 또는 타 부위에 전이된 암
3. 동일장기에 재발된 암
4. “암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암” 제외)”에 대한 보장개시일 이후 발생한 “암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)” 진단부위에 “암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)” 세포가 남아 있는 경우

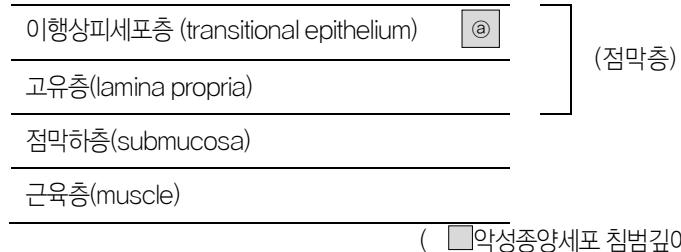
② 이 특약에 있어서 “전립선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표2(전립선의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “재진단암”的 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “재진단암”으로 진단 또는 치료(재진단암의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료·항암약물치료·수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 하며, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

제2-1조의5 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈비침습 방광암 예시〉



- ② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

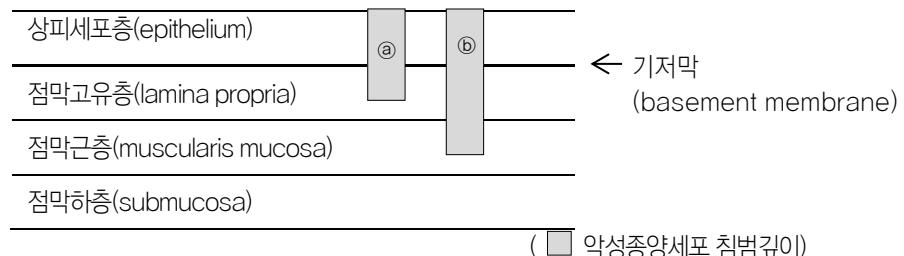
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈대장점막내암 예시〉



- ② 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

- ③ 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7 [“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의]

- ① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “재진단암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘비침습 방광암’, ‘대장점막내암’ 및 ‘전립선암’ 제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “재진단암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘비침습 방광암’, ‘대장점막내암’ 및 ‘전립선암’ 제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬리소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제2-1조의8 [“수술”의 정의와 장소]

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “재진단암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘비침습 방광암’, ‘대장점막내암’ 및 ‘전립선암’ 제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어	〈 절단(切斷) 〉
해설	특정부위를 잘라 내는 것
	〈 절제(切除) 〉
	특정부위를 잘라 없애는 것
	〈 신의료기술평가위원회 〉
	의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등]은 수술에서 제외됩니다.

용어	〈 흡인(吸引) 〉
해설	주사기 등으로 빨아 들이는 것
	〈 천자(穿刺) 〉
	바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제2-1조의9 [“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표3(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌출혈”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력 · 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전신화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다.

제2-1조의10 [“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표4(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

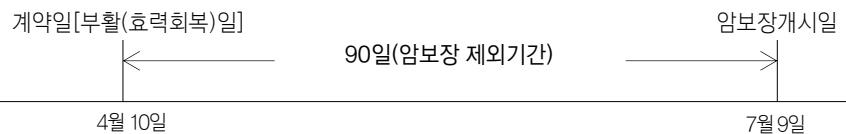
② “급성심근경색증”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사를 기초로 하여야 합니다.

용어	〈심전도 검사〉
해설	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.
	〈관상동맥촬영술〉
	관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
	〈심장 효소 검사〉
	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.

제2-1조의11 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 최초 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 「암보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 「암 보장개시일」은 갱신일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 「암보장개시일」은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



- ④ 제1항에도 불구하고 제2-1조의4(“재진단암”의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “재진단암”보장에 대한 보장개시일은 다음 각 호를 따르며, 부활(효력회복)하는 경우에도 동일합니다.

- 첫번째 재진단암 보장개시일 : “첫번째 암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암” 제외)” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음 날
- 두번째 이후 재진단암 보장개시일 : 직전 “재진단암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음 날
(이하 “첫번째 재진단암 보장개시일”과 “두번째 이후 재진단암 보장개시일”을 합하여 「재진단암 보장개시일」이라 합니다)

〈 재진단암 보장개시일 예시 〉					
“첫번째 암” 진단 확정	첫번째 “재진단암” 보장개시일	첫번째 “재진단암” 진단 확정	두번째 “재진단암” 보장개시일	두번째 “재진단암” 진단 확정	세번째 “재진단암” 보장개시일
	← 2년 → (재진단암보장 제외기간)		← 2년 → (재진단암보장 제외기간)		← 2년 → (재진단암보장 제외기간) ...
2014.4.10	2016.4.10	2019.6.10	2021.6.10	2026.7.10	2028.7.10

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「재진단암 보장개시일」 이후에 “재진단암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)”으로 진단 확정 되었을 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 100%를 “재진단암치료보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “재진단암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 「재진단암 보장개시일」 전일 이전에 “재진단암”으로 진단 확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 재진단암치료보험금은 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “첫번째 암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암” 제외)” 또는 “재진단암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)” 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음 날 이후에 제2-1조의4(“재진단암”的 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “재진단암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암”, “대장점막내암” 및 “전립선암” 제외)”으로 진단 확정 받은 경우에만 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후, 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후 “암(“기타피부암”, “갑상선암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암” 제외)”으로 진단 확정 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 피보험자가 암으로 진단 확정 받아 보험료의 납입이 면제되고 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 암과 동일한 암으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함)에는 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

- ⑤ 보험료 납입기간 중 피보험자가 “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”으로 진단 확정 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 피보험자가 해당 질병으로 진단 확정 받아 보험료의 납입이 면제되고 이후 갱신계약에서 이미 보험료의 납입을 면제한 질병과 동일한 질병으로 진단되는 경우(이미 보험료의 납입을 면제한 질병으로 인한 연속적인 치료나 후유증 및 합병증 포함)에는 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 제5항에 따라 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제2-10조의2(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑧ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [“특약의 체결”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-9조(특약의 체결) 제5항에도 불구하고, 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제4항에 해당하는 경우에는 보장하지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 다음 각 호의 경우 「주계약의 보험기간 만료일」은 다음 각 호에서 정한 바에 따릅니다.
 - 1. 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일
 - 2. 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간 만료일
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 - 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
 - 3. “첫번째 암”으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 보험기간이 2년 이하인 경우
 - 4. “첫번째 암” 또는 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 기간이 2년 이하인 경우
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신 시의 기초율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑤ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑥ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.

⑦ 제6항의 책임준비금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하, “산출방법서”라 합니다)에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑧ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

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

제2-10조의4 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3(“암” 등의 의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-10조의5 [“보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지”의 특칙]

제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항과 관련하여 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약의 보험료 납입이 면제되는 동안에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게

지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

- 이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
 3. "첫번째 암"으로 진단 확정되지 않은 피보험자의 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우
 4. "첫번째 암" 또는 "재진단암" 진단 확정일부터 그 날을 포함한 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우
- ② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 제1항 제3호에서 제4호에 해당하는 경우, 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사는 그 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

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

※ 단, “재진단암”의 경우 전립선암도 제외됩니다.

- ① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
	<p>2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원</p>

발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3. '요로의 악성신생물(C64-C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
4. '소화기관의 악성신생물(C15-C26)'의 경우 이 특약 제2-1조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

5. "재진단암"의 경우 별표2(전립선의 악성신생물 분류표)에서 정한 '전립선의 악성신생물(C61)'은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표2

전립선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
전립선의 악성신생물	C61

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
----	--

별표3

뇌출혈 분류표

① 약관에 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 거미막하출혈	60
· 뇌내출혈	61
· 기타 비외상성 두개내 출혈	62

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단 될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
----	--

별표4

급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
----	--

재해추상골절(치아파절제외)치료비특약ⅢD(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “재해추상골절(치아파절제외)치료비특약ⅢD(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [두부(頭部) 또는 안면부(顏面部)의 “현저한 추상” 및 “추상”的 정의]

① 이 특약에서 두부 또는 안면부의 “현저한 추상”이라 함은 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 최대 길이 10cm 이상 또는 직경 5cm 이상의 흉터 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 흉터나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우를 말합니다.

② 이 특약에서 두부 또는 안면부의 “추상”이라 함은 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 최대 길이 5cm 이상 10cm 미만 또는 직경 2cm 이상 5cm 미만의 흉터 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 흉터나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우를 말합니다.

제2-1조의4 [“재해골절”的 정의]

이 특약에서 “재해골절”이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로서 한국표준질병·사인분류 중 별표2(재해골절(치아의 파절 제외) 분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제2-1조의5 [“5대재해골절”의 정의]

이 특약에서 “5대재해골절”이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로서 한국표준질병·사인분류 중 별표3(5대재해골절 분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제2-1조의6 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

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

1. 피보험자가 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 제2-1조의3(두부 또는 안면부의 “현저한 추상” 및 “추상”的 정의)에 서 정한 “현저한 추상” 또는 “추상”을 남기는 상태가 되었을 때
 : 재해성형보험금
2. 피보험자가 재해로 인하여 제2-1조의4(“재해골절”的 정의)에서 정한 “재해골절” 상태가 되었을 때
 : 재해골절진단보험금
3. 피보험자가 재해로 인하여 제2-1조의5(“5대재해골절”的 정의)에서 정한 “5대재해골절” 상태가 되었을 때
 : 5대재해골절진단보험금

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 재해로 인하여 두부 또는 안면부에, 흉터 또는 조직함몰이 되어 그 상태가 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 보험금 지급여부를 결정합니다.

② 제1항에 따라 보험금 지급여부를 결정하였으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 보험금 지급여부를 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일부터 1년 이내
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 2가지 이상의 추상 또는 현저한 추상을 입었을 경우 하나의 보험사고로 보고 그 상태를 기준으로 “재해성형보험금”을 보험수익자에게 드립니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 다른 재해로 인하여 추상 또는 현저한 추상이 2회 이상 발생하였을 경우에는 각각 다른 보험사고로 보고 그 때마다 이에 해당하는 “재해성형보험금”을 각각 지급합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 회사는 피보험자가 동일한 재해로 인하여 2가지 이상의 골절(복합골절) 상태가 되더라도 “재해골절진단보험금”은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 “재해골절진단보험금”을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제3호의 경우 회사는 피보험자가 동일한 재해로 인하여 2가지 이상의 골절(복합골절) 상태가 되더라도 “5대재해골절진단보험금”은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 “5대재해골절진단보험금”을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑧ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑨ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일

까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최종 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제

사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “장해진단서, 골절진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 기입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지		0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지		10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지		20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지		30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지		40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후		50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>		
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을

지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none">이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	---

제 5 관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

(1) 재해성형보험금(약관 제2-2조 제1호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 “현저한 추상” 또는 “추상”을 남기었을 때
지급금액	<ul style="list-style-type: none"> - 현저한 추상 : 특약보험가입금액의 30% - 추상 : 특약보험가입금액의 20%

(2) 재해골절진단보험금(약관 제2-2조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 “재해골절” 상태가 되었을 때
지급금액	<p>재해골절 발생 1회당 특약보험가입금액의 3%</p> <p>[단, 동일 재해로 2가지 이상의 골절(복합골절)시 1회만 지급함]</p>

(3) 5대재해골절진단보험금(약관 제2-2조 제3호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 “5대재해골절” 상태가 되었을 때
지급금액	<p>5대재해골절 발생 1회당 특약보험가입금액의 7%</p> <p>[단, 동일 재해로 2가지 이상의 골절(복합골절)시 1회만 지급함]</p> <p>[5대재해골절진단보험금 지급사유 발생 시 재해골절진단보험금을 추가로 지급]</p>

별표2

재해골절(치아의 파절 제외) 분류표

① 약관에 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 골절을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

분류 항목	분류번호
1.두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2.목의 골절	S12
3.늑골, 흉골 및 흉주의 골절	S22
4.요주 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 신체 부위를 침범한 골절	T02
12.척추의 상세불명 부위의 골절	T08
13.팔의 상세불명 부위의 골절	T10
14.다리의 상세불명 부위의 골절	T12
15.상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”인 경우에는 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”로 보지 않습니다.
----	--

별표3

5대재해골절 분류표

① 약관에 규정하는 "5대재해골절"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 골절을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

분류항목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (비골의 골절 및 치아의 파절 제외)	S02 (S02.2, S02.5 제외)
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0, S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72
6. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "5대재해골절"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "5대재해골절"로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "5대재해골절"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "5대재해골절"로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "5대재해골절"로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "5대재해골절"인 경우에는 약관에서 규정하는 "5대재해골절"로 봅니다.
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "5대재해골절" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "5대재해골절" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "5대재해골절"로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "5대재해골절"로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "5대재해골절"로 보지 않습니다.
----	---

재해추상골절(치아파절제외)치료비특약ⅢN15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제 1 편 일반사항

[특약 약관] 제 1 편 일반사항 제 1-1 조부터 제 1-15 조까지의 규정을 이 특약 제 1 편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제 1 편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제 2 편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [두부(頭部) 또는 안면부(顏面部)의 “현저한 추상” 및 “추상”的 정의]

- ① 이 특약에서 두부 또는 안면부의 “현저한 추상”이라 함은 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 최대 길이 10cm 이상 또는 직경 5cm 이상의 흉터 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 흉터나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우를 말합니다.
- ② 이 특약에서 두부 또는 안면부의 “추상”이라 함은 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 최대 길이 5cm 이상 10cm 미만 또는 직경 2cm 이상 5cm 미만의 흉터 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 흉터나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우를 말합니다.

제2-1조의3 [“재해골절”의 정의]

이 특약에서 “재해골절”이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로서 한국표준질병·사인분류 중 별표2[재해골절(치아의 파절 제외) 분류표]에서 정한 골절을 말합니다.

제2-1조의4 [“5대재해골절”의 정의]

이 특약에서 “5대재해골절”이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로서 한국표준질병·사인분류 중 별표3(5대재해골절 분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제2-1조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

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

1. 피보험자가 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 제2-1조의2(두부 또는 안면부의 “현저한 추상” 및 “추상”的 정의)에 서 정한 “현저한 추상” 또는 “추상”을 남기는 상태가 되었을 때
 : 재해성형보험금
2. 피보험자가 재해로 인하여 제2-1조의3(“재해골절”的 정의)에서 정한 “재해골절” 상태가 되었을 때
 : 재해골절진단보험금
3. 피보험자가 재해로 인하여 제2-1조의4(“5대재해골절”的 정의)에서 정한 “5대재해골절” 상태가 되었을 때
 : 5대재해골절진단보험금

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 재해로 인하여 두부 또는 안면부에, 흉터 또는 조직함몰이 되어 그 상태가 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 보험금 지급여부를 결정합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금 지급여부를 결정하였으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 상태를 기준으로 보험금 지급여부를 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일부터 1년 이내
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 2가지 이상의 추상 또는 현저한 추상을 입었을 경우 하나의 보험사고로 보고 그 상태를 기준으로 “재해성형보험금”을 보험수익자에게 드립니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 다른 재해로 인하여 추상 또는 현저한 추상이 2회 이상 발생하였을 경우에는 각각 다른 보험사고로 보고 그 때마다 이에 해당하는 “재해성형보험금”을 각각 지급합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 회사는 피보험자가 동일한 재해로 인하여 2가지 이상의 골절(복합골절) 상태가 되더라도 “재해골절진단보험금”은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 “재해골절진단보험금”을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제3호의 경우 회사는 피보험자가 동일한 재해로 인하여 2가지 이상의 골절(복합골절) 상태가 되더라도 “5대재해골절진단보험금”은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 “5대재해골절진단보험금”을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑧ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑨ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

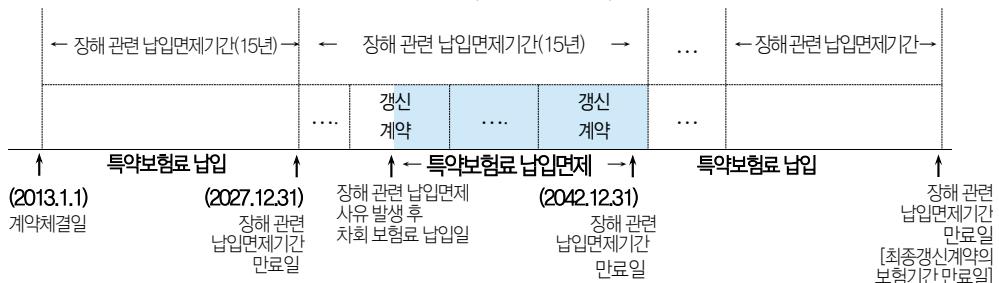
제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의 2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

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

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률을 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2~4조 (보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2~4조 (보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장애의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2~4조 (보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의

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

⑤ 제2-4조 (보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "장해진단서, 골절진단서, 사망진단서 등"을 말합니다

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경

우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의 2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회

사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형) 등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부

터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

(1) 재해성형보험금(약관 제2-2조 제1호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 두부 또는 안면부에 “현저한 추상” 또는 “추상”을 남기었을 때
지급금액	<ul style="list-style-type: none"> - 현저한 추상 : 특약보험가입금액의 30% - 추상 : 특약보험가입금액의 20%

(2) 재해골절진단보험금(약관 제2-2조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 “재해골절” 상태가 되었을 때
지급금액	<p>재해골절 발생 1회당 특약보험가입금액의 3%</p> <p>[단, 동일한 재해로 2가지 이상의 골절(복합골절) 시 1회만 지급함]</p>

(3) 5대재해골절진단보험금(약관 제2-2조 제3호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 “5대재해골절” 상태가 되었을 때
지급금액	<p>5대재해골절 발생 1회당 특약보험가입금액의 7%</p> <p>[단, 동일한 재해로 2가지 이상의 골절(복합골절) 시 1회만 지급함]</p> <p>[5대재해골절진단보험금 지급사유 발생 시 재해골절진단보험금을 추가로 지급]</p>

별표2

재해골절(치아의 파절 제외) 분류표

① 약관에 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 골절을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

분류 항목	분류번호
1.두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2.목의 골절	S12
3.늑골, 흉골 및 흉주의 골절	S22
4.요주 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 신체 부위를 침범한 골절	T02
12.척추의 상세불명 부위의 골절	T08
13.팔의 상세불명 부위의 골절	T10
14.다리의 상세불명 부위의 골절	T12
15.상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”인 경우에는 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”로 진단 될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “재해골절(치아의 파절 제외)”로 보지 않습니다.
----	---

별표3

5대재해골절 분류표

① 약관에 규정하는 "5대재해골절"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 골절을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

분류 항목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (비골의 골절 및 치아의 파절 제외)	S02 (S02.2, S02.5 제외)
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0, S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72
6. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "5대재해골절"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "5대재해골절"로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "5대재해골절"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "5대재해골절"로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "5대재해골절"로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "5대재해골절"인 경우에는 약관에서 규정하는 "5대재해골절"로 봅니다.
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "5대재해골절" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "5대재해골절" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "5대재해골절"로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "5대재해골절"로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "5대재해골절"로 보지 않습니다.
----	---

정기특약(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “정기특약(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 100%를 사망보험금으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 제2-2조(보험금의 지급사유)의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험기간 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(이하, ‘연명의료결정법’이라 합니다)」에 따른 연명의료를 받던 피보험자가 「연명의료결정법」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 이 특약의 보험기간 중 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 시점을 사망일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급합니다. 다만, 연명의료의 시행사유가 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 결과인 경우에는 제2-6조(보험금 등을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제2-2조(보험금의 지급사유)의 사망보험금을 지급합니다.

나. 특약의 보장개시일[부활(효력회복)특약의 경우는 부활(효력회복)청약일]부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에 는 제2-2조(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

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

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

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

설명	<보험금을 나누어 지급받는 경우 예시>	
예) 평균공시이율 : 2.0% 가정, 보험금 : 9천만원, 지급사유 발생 일자 : 2020년 6월 1일일 때 보험금을 일시에 받지 않고 3년동안 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우		
지급일	지급 금액	
2020년 6월 1일	3천만원	
2021년 6월 1일	3천만원×(1+평균공시이율 2.0%) = 30,600,000원	
2022년 6월 1일	3천만원×(1+평균공시이율 2.0%) ² = 31,212,000원	
총액	91,812,000원	
※ 평균공시이율 2.0%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 이 특약의 평균공시이율에 따라 계산됩니다.		

제2-9조 [보험수익자의 지정]

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

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 금액을 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우.
다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 특약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
여기서 “서면에 의한 동의”는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의 2에서 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위치 · 변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다.
2. 만 15세 미만자(보험가입 후 피보험자가 만 15세가 되더라도 이 특약은 무효입니다), 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 특약의 경우. 다만, 심신박약자가 특약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 특약이 유효합니다.

용어
해설

〈심신상실자(心神喪失者)〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 자를 말합니다.

〈심신박약자(心神薄弱者)〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 부족한 자를 말합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용[제2-11조의2(종신보험으로의 전환) 포함]을 변경할 수 없습니다.

제2-11조의2 [종신보험으로의 전환]

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간이 만료되기 전 계약자의 선택에 따라 피보험자가 보험가입적격자인지 여부에 관계없이 이 특약을 종신보험으로 변경(이하 “전환”이라 합니다)할 수 있으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 전환 후 계약의 보험가입금액은 전환 전 특약의 전환 당시 사망보험금을 한도로 하며, 전환 후 계약의 계약자 및 피보험자는 각각 이 특약의 계약자 및 피보험자와 동일해야 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 전환할 수 없습니다.
1. 피보험자의 나이가 전환일 현재 55세를 초과하는 경우
 2. 특약의 보험기간이 5년 미만인 경우
 3. 특약의 보험기간이 15년 이하인 경우는 특약의 보험기간 만료전 5년 이내, 특약의 보험기간이 15년 초과인 경우는 특약의 보험기간 만료전 7년 이내인 경우
 4. 전환일 당시 이 특약의 해지환급금이 없는 경우
- ③ 이 특약의 보험료 납입이 면제되었더라도 전환할 경우에는 회사는 전환 후 계약의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 전환 후 계약의 보험료는 전환일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산합니다.
- ⑤ 전환 후 계약은 전환일 당시 약관 및 보험요율이 적용됩니다.
- ⑥ 제1항에 따라 전환하는 경우 회사는 전환 전 특약의 전환 당시 해지환급금을 계약자에게 지급하고 전환 시점부터 계약자는 전환 후 계약의 보험료를 납입합니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

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

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

- 가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
- 나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간> 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.
----	---

2. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권]

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 서면으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 여기서 "장래를 향하여"란 그 효과가 미래에만 영향을 미친다는 의미이며, 서면동의를 철회한 시점까지는 계약의 효력이 유지됩니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율	
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%	
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%	
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%	
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%	
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%	
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%	

설명	<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>	
	기간	2종 대비 1종해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	50%

- ③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다. 2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	--

제5관 기타사항

제2~15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

중대질병수술보장특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “중대질병수술보장특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“중대질병수술”의 정의]

이 특약에 있어서 “중대질병수술”이라 함은 별표(“중대질병수술”의 정의)에서 정한 “관상동맥우회술”, “대동맥인조혈관치환수술”, “특정심장수술”, “5대장기이식수술” 및 “조혈모세포이식수술”을 말합니다.

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “중대질병수술”을 받았을 때에는 보험수익자에게 아래 보험금을 “중대질병

수술 보험금"으로 지급합니다.(단, "관상동맥우회술", "대동맥인조혈관치환수술", "특정심장수술", "5대장기이식수술", "조혈모세포이식수술" 각각 1회의 수술에 한하여 지급)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "관상동맥우회술", "대동맥인조혈관치환수술", "특정심장수술", "5대장기이식수술", "조혈모세포이식수술"을 받았을 경우
지급금액	특약보험가입금액의 100% ※ "관상동맥우회술", "대동맥인조혈관치환수술", "특정심장수술", "5대장기이식수술", "조혈모세포이식수술" 각각 1회의 수술에 한하여 지급합니다

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "수술증명서, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등"을 말합니다

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때, 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명 · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.
------	--

2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

“중대질병수술”의 정의

I . 관상동맥우회술(Coronary Artery Bypass Graft, CABG)

- ① “관상동맥우회술”이라 함은 관상동맥(심장동맥)질환(Coronary Artery Disease)의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(greater saphenous vein), 내유동맥(internal mammary artery) 등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥(심장동맥)에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
- ② 그러나 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
- 예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반절제술(Rotational atherectomy)

II. 대동맥인조혈관치환수술 (Aorta Graft Surgery)

- ① “대동맥인조혈관치환수술”이라 함은 대동맥 질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥 병소를 절제(excision)하고 인조혈관(graft)으로 치환하는 두 가지 수술을 해주는 것을 의미합니다. 여기에서 “대동맥”이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.
- ② 단, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.

예) 경피적혈관내대동맥류수술(percuteaneous endovascular aneurysm repair)

III. 특정심장수술

- ① “특정심장수술”이라 함은 심장판막질환, 심낭질환 및 심장종양의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 및 개심술을 한 후 병변을 제거하거나 성형술을 해주는 수술을 말합니다.
- ② 그러나 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.

가. 카테터를 이용하여 수술하는 경우

예) 경피적 판막성형술(percuteaneous balloon valvuloplasty)

나. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

다. 심장에 인접한 대혈관(폐동맥, 폐정맥, 대동맥, 대정맥)에 대한 수술

IV. 5대장기이식수술(5 Major Organ Transplantation)

- ① “5대장기이식수술”이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다.
- ② 단, 랑게르ハン스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

V. 조혈모세포이식수술

- ① “조혈모세포이식수술”이라 함은 골수부전상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료할 목적으로 정상 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 조혈모세포이식의료기관에서 항암화학요법, 면역억제제, 방사선 치료 또는 이와 동등한 효과를 가진 치료를 시행하여 피보험자의 병든 골수 및 면역기능을 제거한 후 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식을 시술하는 것을 말합니다.

1. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
2. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포

를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.

3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
5. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.

② 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

중대질병수술보장특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다. 다만, 제2-2조(보험금의 지급사유) 제5호에 해당하는 세부보장의 경우, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제4항에서 정한 해당 세부보장의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 해당 세부보장의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 세부보장의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“중대질병수술”의 정의]

이 특약에 있어서 “중대질병수술”이라 함은 별표2(“중대질병수술”의 정의)에서 정한 “관상동맥우회술”, “대동맥인조혈관치환수술”, “특정심장수술”, “5대장기이식수술” 및 “조혈모세포이식수술”을 말합니다.

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 5개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. (각각 최초 1회에 한하여 지급합니다)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 별표2(“중대질병수술”의 정의)에서 정한 “관상동맥우회술”을 받았을 때: 관상

동맥우회술보험금

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 별표2(“중대질병수술”의 정의)에서 정한 “대동맥인조혈관치환수술”을 받았을 때: 대동맥인조혈관치환수술보험금
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 별표2(“중대질병수술”의 정의)에서 정한 “특정심장수술”을 받았을 때: 특정심장수술보험금
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 별표2(“중대질병수술”의 정의)에서 정한 “5대장기이식수술”을 받았을 때: 5대장기이식수술보험금
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 별표2(“중대질병수술”의 정의)에서 정한 “조혈모세포이식수술”을 받았을 때: 조혈모세포이식수술보험금
(이하 “관상동맥우회술보험금”, “대동맥인조혈관치환수술보험금”, “특정심장수술보험금”, “5대장기이식수술보험금”, “조혈모세포이식수술”을 합하여 “중대질병수술 보험금”이라 합니다)

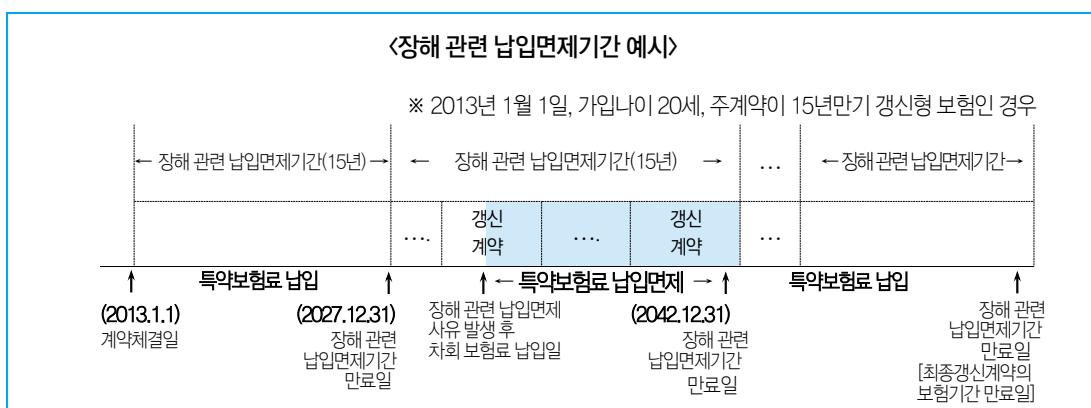
제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그때부터 효력이 없습니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유) 제5호의 경우 회사는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일까지 보장합니다. 따라서 피보험자의 80세 계약해당일 이후에 “조혈모세포이식수술보험금” 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

- ⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "수술증명서, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [“특약의 체결”에 대한 특칙]

이 특약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장을 가입해야 합니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제2항에 따라 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우, 제2-2조(보험금의 지급사유) 제5호에 해당하는 세부보장에 대한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 제2항에도 불구하고 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 합니다.

- ⑤ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑥ 제1항 및 제5항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 세부보장은 갱신되지 않습니다. 또한, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우 제2-2조(보험금의 지급사유) 제5호에 해당하는 세부보장은 피보험자의 80세 계약해당일 이후에는 갱신되지 않습니다.
- ⑦ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하, “산출방법서”라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑧ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑨ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
- ⑩ 제9항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑪ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며, 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최

초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었거나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

④ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제2-12조의2 [“특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입”에 관한 특칙]

제1-11조(특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입)에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제2-12조(특약의 소멸) 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입해야 합니다.

제2-12조의3 [“보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)”에 관한 특칙]

제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 때, 계약자는 보장하는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한

세부보장은 제외하며, 부활(효력회복) 청약 시점이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 이미 보험금 지급사유가 발생한 세부보장 및 제2-2조(보험금의 지급사유) 제5호에 해당하는 세부보장은 제외합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 1**보험금 지급기준표****□ 중대질병수술 보험금(약관 제2-2조)****(1) 관상동맥우회술보험금(약관 제2-2조 제1호)**

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “관상동맥우회술”을 받았을 경우
지급금액	특약보험가입금액의 100% ※ 최초 1회의 수술에 한하여 지급합니다

(2) 대동맥인조혈관치환수술보험금(약관 제2-2조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “대동맥인조혈관치환수술”을 받았을 경우
지급금액	특약보험가입금액의 100% ※ 최초 1회의 수술에 한하여 지급합니다

(3) 특정심장수술보험금(약관 제2-2조 제3호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정심장수술”을 받았을 경우
지급금액	특약보험가입금액의 100% ※ 최초 1회의 수술에 한하여 지급합니다

(4) 5대장기이식수술보험금(약관 제2-2조 제4호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “5대장기이식수술”을 받았을 경우
지급금액	특약보험가입금액의 100% ※ 최초 1회의 수술에 한하여 지급합니다

(5) 조혈모세포이식수술보험금(약관 제2-2조 제5호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “조혈모세포이식수술”을 받았을 경우
지급금액	특약보험가입금액의 100% ※ 최초 1회의 수술에 한하여 지급합니다

(주) 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

별표2

“중대질병수술”의 정의

I. 관상동맥우회술(Coronary Artery Bypass Graft, CABG)

- ① “관상동맥우회술”이라 함은 관상동맥(심장동맥)질환(Coronary Artery Disease)의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(greater saphenous vein), 내유동맥(internal mammary artery) 등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥(심장동맥)에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
- ② 그러나 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
- 예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반절제술(Rotational atherectomy)

II. 대동맥인조혈관치환수술 (Aorta Graft Surgery)

- ① “대동맥인조혈관치환수술”이라 함은 대동맥 질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥 병소를 절제(excision)하고 인조혈관(graft)으로 치환하는 두 가지 수술을 해주는 것을 의미합니다. 여기에서 “대동맥”이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.
- ② 단, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.

예) 경피적혈관내대동맥류수술(percutaneous endovascular aneurysm repair)

III. 특정심장수술

- ① “특정심장수술”이라 함은 심장판막질환, 심낭질환 및 심장종양의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 및 개심술을 한 후 병변을 제거하거나 성형술을 해주는 수술을 말합니다.
- ② 그러나 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.

가. 카테터를 이용하여 수술하는 경우

예) 경피적 판막성형술(percutaneous balloon valvuloplasty)

나. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

다. 심장에 인접한 대혈관(폐동맥, 폐정맥, 대동맥, 대정맥)에 대한 수술

IV. 5대장기이식수술(5 Major Organ Transplantation)

- ① “5대장기이식수술”이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다.
- ② 단, 랑게르ハン스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

V. 조혈모세포이식수술

- ① “조혈모세포이식수술”이라 함은 골수부전상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료할 목적으로 정상 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 조혈모세포이식의료기관에서 항암화학요법, 면역억제제, 방사선 치료 또는 이와 동등한 효과를 가진 치료를 시행하여 피보험자의 병든 골수 및 면역기능을 제거한 후 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식을 시술하는 것을 말합니다.

1. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
2. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.

3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
5. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.

② 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

중화상보장특약D(무배당) 약관

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

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

제2-1조의2 [“중(重)화상”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “중(重)화상”이라 함은 전신피부의 10%이상이 3도 화상을 입은 경우를 말합니다. 화상을 입은 체 표면적은 “The Rule of 9”, 또는 “Lund & Browder Body Surface Chart”에 의해 측정되어진 것을 말합니다. 다만, 이 측정법처럼 표준화된 방법이고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.
- ② “중(重)화상”的 진단 확정은 해당분야의 전문의 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “중(重)화상”으로 진단이 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 특약보험가입금액의 100%를 “중화상진단보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “중(重)화상”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하

여 드립니다.

② 제1~5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 상병 진단서, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다.

- 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 기입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “중화상진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우
 2. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이 때 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 제3호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

중환자실입원특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “중환자실입원특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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”의 정의]

이 특약에서 “중환자실”(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)이라 함은 「의료법 시행규칙 제34조 (의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2. 중환자실」에 부합하는 입원치료실(별표2 참조)을 말합니다.

제2-1조의4 [“입원”의 정의와 장소]

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

제2-1조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

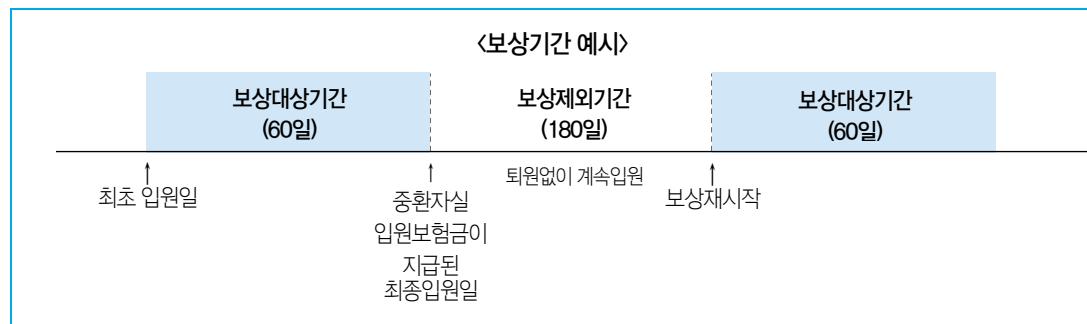
제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해분류표(별표1 참조)에서 정한 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 중환자실에 입원하였을 때에는 보험수익자에게 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2%를 “중환자실입원보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 중환자실입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 중환자실입원보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 중환자실입원보험금이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실입원보험금이 지급된 최종 입원의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 중환자실입원보험금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 중환자실입원보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 중환자실입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 중환자실입원보험금을 지급합니다.
- ⑧ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑨ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑩ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 - 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 - 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "입원확인서(증환자실 입원기간 기입), 장해 진단서, 사망진단서 등"을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회

사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	<ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">기간</th><th style="padding: 5px;">2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="padding: 5px;">0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="padding: 5px;">10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="padding: 5px;">20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="padding: 5px;">30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="padding: 5px;">40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="padding: 5px;">50%</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: left; margin-left: 20px;"><2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시></p> <ul style="list-style-type: none"> · 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">기간</th><th style="padding: 5px;">2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="padding: 5px;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="padding: 5px;">2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="padding: 5px;">2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="padding: 5px;">2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="padding: 5px;">2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="padding: 5px;">2040년 1월 1일 이후 50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%
기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율																												
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%																												
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%																												
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%																												
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%																												
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%																												
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%																												
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율																												
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%																												
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%																												
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%																												
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%																												
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%																												
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%																												

- ③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none">1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당 일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	--

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1**질병 및 재해분류표****1. 질병 및 재해의 정의**

이 보험약관에서 질병 및 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류 상의(A00~Y98)에 해당하는 「질병의 진단 및 재해 발생」
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병 진단

2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
- ⑧ 고의적 자해로 인한 경우[단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서의 자해는 제외]

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 봅니다.
----	---

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1. 질병 및 재해의 정의 및 2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병 및 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1. 질병 및 재해의 정의 및 2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 볼 수 있어 「질병의 진단 및 재해 발생」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 보지 않습니다.
----	---

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

의료기관의 시설규격(중환자실)

“의료법”시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 시설규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2. 중환자실”의 시설규격은 다음과 같습니다.

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 “신생아중환자실”이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 “병상 1개당 면적”은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 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 초과 하여서는 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 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

중환자실입원특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“중환자실”의 정의]

이 특약에서 “중환자실”(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)이라 함은 「의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2. 중환자실」에 부합하는 입원치료실(별표2 참조)을 말합니다

제2-1조의3 [“입원”의 정의와 장소]

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

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해분류표(별표1 참조)에서 정한 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 중환자실에 입원하였을 때에는 보험수익자에게 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2%를 “중환자실입원보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 중환자실입원보험금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 60일을 최고한도로 하여 계산합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 중환자실입원보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 중환자실입원보험금이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실입원보험금이 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

〈보상기간 예시〉

보상대상기간 (60일)	보상제외기간 (180일)	보상대상기간 (60일)
↑ 최초 입원일	↑ 중환자실 입원보험금이 지급된 최종입원일	퇴원없이 계속입원 ↑ 보상재시작

- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 중환자실입원보험금의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 중환자실입원보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 중환자실입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑧ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 중환자실입원보험금을 지급합니다.
- ⑩ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

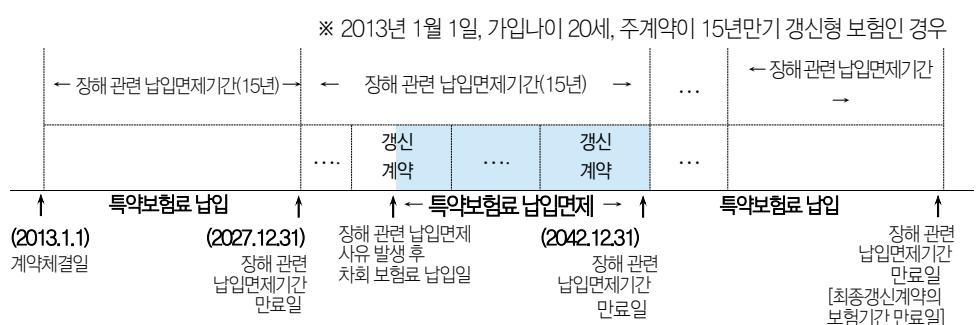
- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신

체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5 항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨 2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그

증 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조) 상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "입원확인서(중환자실 입원기간 기입), 장해진단서, 사망진단서 등"을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으

로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합

니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부

터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1**질병 및 재해분류표****1. 질병 및 재해의 정의**

이 보험약관에서 질병 및 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류 상의(A00~Y98)에 해당하는 「질병의 진단 및 재해 발생」
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병 진단

2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 질병 및 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
- ⑧ 고의적 자해로 인한 경우[단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서의 자해는 제외]

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 봅니다.
----	---

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1. 질병 및 재해의 정의 및 2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병 및 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1. 질병 및 재해의 정의 및 2. 질병 및 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 볼 수 있어 「질병의 진단 및 재해 발생」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「질병 및 재해」로 보지 않습니다.
----	---

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

의료기관의 시설규격(중환자실)

“**의료법**”시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 시설규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2. 중환자실”的 시설규격은 다음과 같습니다.

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 “신생아중환자실”이라 한다)
의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 “병상 1개당 면적”은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 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 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

질병 · 재해수술보장특약ⅡD(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “질병 · 재해수술보장특약ⅡD(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

1. 보험료 납입기간 : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.
2. 수술 보장 대상 질병 및 재해: (별표) 수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표Ⅱ에서 정한 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 [“수술”의 정의와 장소]

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 「“의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)」가 피보험자의 “수술 보장 대상 질병 및 재해(별표 참조)”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 또한, 눈 및 눈 부속기의 질환(제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 H00~H59)의 경우에는 레이저(Laser)수술도 포함됩니다.

용어	< 절단(切斷) >
해설	특정부위를 잘라 내는 것
	< 절제(切除) >
	특정부위를 잘라 없애는 것
	< 신의료기술평가위원회 >
	의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 "수술"은 "악성신생물(암) 근치·두개내신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy) 및 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료"를 포함합니다.
- ④ 제2항의 눈 및 눈 부속기의 질환(제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 H00~H59)의 레이저(Laser)수술은 「다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술」, 「선천성질병으로 인한 수술」, 「국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술」인 경우는 제외합니다.
- ⑤ "눈 및 눈 부속기의 질환"의 분류번호는 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"으로 진단될 수 있다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"인 경우에는 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"으로 봅니다.
----	--

- ⑥ 제5항의 질병 진단 시점에 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"으로 보지 않습니다.
----	---

- ⑦ 제1항 및 제2항에도 불구하고 아래에서 정한 사항은 수술에서 제외됩니다.

1. 흡인, 천자 등의 조치
2. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
3. 미용 성형상의 수술
4. 피임(避妊) 목적의 수술
5. 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등]
6. 발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술
7. 항암방사선치료와 항암약물치료
8. 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(암노바, 헬리소, 셀레나제 등) 치료

용어	< 흡인(吸引) >
해설	주사기 등으로 빨아 들이는 것

〈천자(穿刺)〉

바늘 또는 관을 끌어 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ⑧ 제7항의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑨ 제7항의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ⑩ 제9항의 “항암면역요법”이라 함은 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다.

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

- ① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-1조의3(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 2%를 “수술보험금”으로 지급합니다. 다만, “수술보험금”은 보험연도 기준 연1회에 한하여 보장합니다.
- ② 제1항의 “보험연도”는 당해 연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명

〈보험연도 계산 예시〉

보험계약일이 2016년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “수술증명서, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자 [주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하, "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1 종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2 종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	<ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">50%</td></tr> </tbody> </table> <p style="margin-top: 10px;"><2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시></p> <ul style="list-style-type: none"> · 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2040년 1월 1일 이후 50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%
기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율																												
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%																												
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%																												
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%																												
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%																												
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%																												
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%																												
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율																												
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%																												
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%																												
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%																												
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%																												
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%																												
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%																												

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<p>1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.</p>
------	---

2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표 II

1. “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 정의

이 보험약관에서 “수술 보장 대상 질병 및 재해”는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00~Y98)에 해당하는 「질병의 진단 및 재해 발생」
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병 진단

2. “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않습니다.

① 다음의 “가~자”에 해당하는 사항

- 가. 정신 및 행동장애(F04~F99)
- 나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
- 다. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)
- 라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)
- 마. 비만(E66)
- 바. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
- 사. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
- 아. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- 자. 한의병명, 한의병증, 사상체질병증 등 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

② 건강검진, 예방접종, 인공유산

다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

- ③ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

④ 단순한 피로 또는 권태

- ⑤ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- ⑥ 발기부전(imotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

⑦ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

- 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술). 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
- 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
- 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
- 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.

⑨ 고의적 자해로 인한 경우 [단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서의 자해는 제외]

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병

- 사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"인 경우에는 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"로 봅니다.
2. 발생(진단) 시점에 상기 「1. "수술 보장 대상 질병 및 재해"의 정의 및 2. "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당되지 않는 사항」인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 "수술 보장 대상 질병 및 재해의 분류"가 추가 또는 제외되더라도 상기 「1. "수술 보장 대상 질병 및 재해"의 정의 및 2. "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당되지 않는 사항」인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.	
설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"로 볼 수 있어 「질병의 진단 및 재해 발생」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"로 보지 않습니다.

3. 위 「1. "수술 보장 대상 질병 및 재해"의 정의 ②」에 해당하는 감염병 진단은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당되지 않는 사항 ① 자.」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

4. 국민건강보험관련 법령 및 규정이 개정될 경우 이 특약은 개정된 국민건강보험관련 법령 및 규정을 준용합니다.

질병 · 재해수술보장특약ⅡN15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

수술 보장 대상 질병 및 재해: (별표) 수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표(Ⅱ)에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“수술”의 정의와 장소]

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 「의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)」의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “수술 보장 대상 질병 및 재해(별표 참조)”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 수술이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 또한, 눈 및 눈 부속기의 질환(제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 H00~H59)의 경우에는 레이저(Laser)수술도 포함됩니다.

용어	〈절단(切斷)〉
해설	특정부위를 잘라 내는 것
	〈절제(切除)〉
	특정부위를 잘라 없애는 것
	〈신의료기술평가위원회〉
	의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 "수술"은 "악성신생물(암) 근치 · 두개내신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy) 및 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료를 포함합니다.

④ 제2항의 눈 및 눈 부속기의 질환(제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 H00~H59)의 레이저(Laser)수술은 「다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술」, 「선천성질병으로 인한 수술」, 「국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술」인 경우는 제외합니다.

⑤ "눈 및 눈 부속기의 질환"의 분류번호는 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"인 경우에는 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"으로 볼니다.
----	---

⑥ 제5항의 질병 진단 시점에 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "눈 및 눈 부속기의 질환"으로 보지 않습니다.
----	---

⑦ 제1항 및 제2항에도 불구하고 아래에서 정한 사항은 수술에서 제외됩니다.

1. 흡인, 천자 등의 조치
2. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
3. 미용 성형상의 수술
4. 피임(避妊) 목적의 수술
5. 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등]
6. 발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술
7. 항암방사선치료와 항암약물치료
8. 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료

용어	<흡인(吸引)>
해설	주사기 등으로 빨아 들이는 것 <천자(穿刺)>
	바늘 또는 관을 끊어 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

⑧ 제7항의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑨ 제7항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

⑩ 제9항의 "항암면역요법"이라 함은 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다.

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제2-1조의3(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 2%를 “수술보험금”으로 지급합니다. 다만, “수술보험금”은 보험연도 기준 연1회에 한하여 보장합니다.

② 제1항의 “보험연도”는 당해 연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

설명	<보험연도 계산 예시>
	보험계약일이 2016년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

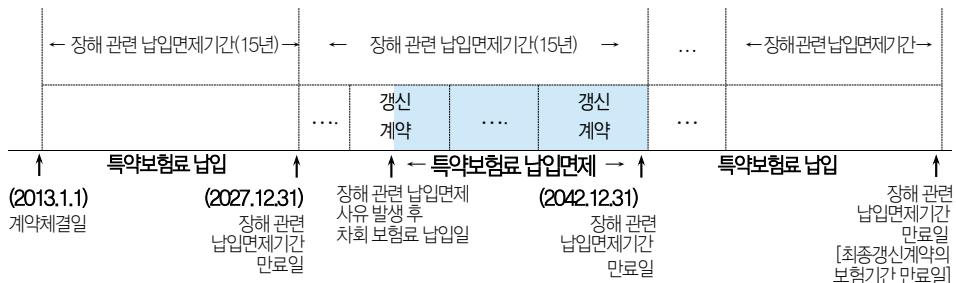
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

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

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 - 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 - 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "수술증명서, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등"을 말합니다

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특

약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
3. 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표 II

1. “수술 보장 대상 질병 및 재해”의 정의

이 보험약관에서 “수술 보장 대상 질병 및 재해”는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류 상의(A00~Y98)에 해당하는 「질병의 진단 및 재해 발생」
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병 진단

2. “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 “수술 보장 대상 질병 및 재해”에 해당되지 않습니다.

① 다음의 “가~자”에 해당하는 사항

- 가. 정신 및 행동장애(F04~F99)
- 나. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
- 다. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)
- 라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)
- 마. 비만(E66)
- 바. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
- 사. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
- 아. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- 자. 한의병명, 한의병증, 사상체질병증 등 한국표준질병·사인분류상의(U00~U99)에 해당하는 질병

② 건강검진, 예방접종, 인공유산

다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

**③ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술
(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술**

④ 단순한 피로 또는 권태

⑤ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

⑥ 발기부전(imotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

**⑦ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코**

성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용 되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.

⑨ 고의적 자해로 인한 경우 [단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서의 자해는 제외]

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 상의 분류 번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병

- 사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"인 경우에는 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"로 봅니다.</p>
설명	<p>발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"로 볼 수 있어 「질병의 진단 및 재해 발생」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "수술 보장 대상 질병 및 재해"로 보지 않습니다.</p>
	<p>2. 발생(진단) 시점에 상기 「1. "수술 보장 대상 질병 및 재해"의 정의 및 2. "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당되지 않는 사항」인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 "수술 보장 대상 질병 및 재해의 분류"가 추가 또는 제외되더라도 상기 「1. "수술 보장 대상 질병 및 재해"의 정의 및 2. "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당되지 않는 사항」인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.</p> <p>3. 위 「1. "수술 보장 대상 질병 및 재해"의 정의 ②」에 해당하는 감염병 진단은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. "수술 보장 대상 질병 및 재해"에 해당되지 않는 사항 ①」자.에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.</p> <p>4. 국민건강보험관련 법령 및 규정이 개정될 경우 이 특약은 개정된 국민건강보험관련 법령 및 규정을 준용합니다.</p>

크론병진단특약D(무배당) 약관

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

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

제2-1조의2 [“크론병”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “크론병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(크론병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “크론병”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 해당 분야 전문의 자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직병리학적·방사선학적 검진과 함께 내시경검사, 전산화단층촬영(CT scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 “크론병”的 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “크론병 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “크론병”으로 진단이 확정되었을 때(단, 최초 1회에 한함)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과 시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 "계약일부터 1년 이내"란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 "크론병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등"을 말합니다
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자 [주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다.]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하, "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "크론병 진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 제2호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**크론병 분류표**

① 약관에 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 크론병[국소성 장염]	K50

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"으로 진단 될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
-----------	--

크론병진단특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“크론병”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “크론병”이라 함은 한국표준질병·시인분류 중 별표(크론병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “크론병”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 해당 분야 전문의 자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직병리학적·방사선학적 검진과 함께 내시경검사, 전산화단층촬영(CT scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 “크론병”的 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “크론병”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 “크론병 진단보험금”으로 지급합니다.(단, 최초 1회에 한함)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “크론병”으로 진단이 확정되었을 때(단, 최초 1회에 한함)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

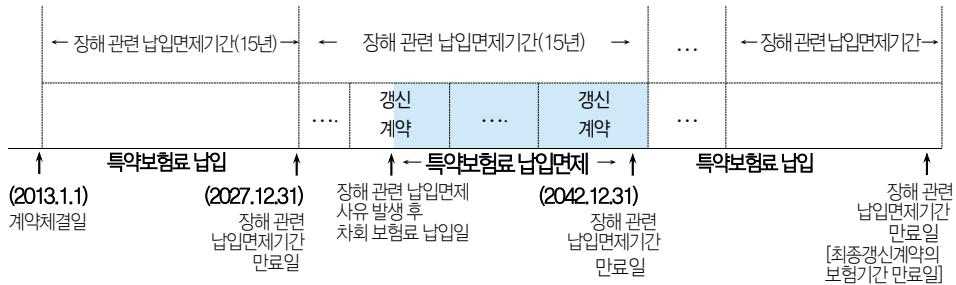
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “크론병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ③ 제2항의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- ④ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때, 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5 항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제 기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

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

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와

특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하, "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 기입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "크론병 진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

2. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

- 가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
- 나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
- 단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제3호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**크론병 분류표**

① 약관에 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 크론병[국소성 장염]	K50

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "크론병으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

특정류마티스관절염진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지 환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “특정류마티스관절염진단특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“특정류마티스관절염”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “특정류마티스관절염”이라 함은 다음 각 호를 모두 만족하는 질병을 말합니다.

1. 한국표준질병·사인분류 중 별표[특정류마티스관절염 분류표]에서 정한 질병을 말합니다.
2. 항류마티스약제(Disease modifying anti rheumatic drugs, DMARDs)로 치료를 받은 적이 있어야 합니다. 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받았거나 치료 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 다만, 아세틸살리실산 제제 등 비스테로이드성항염제는 제외됩니다. 다만, 임상학적으로 류마티스관절염 치료를 위해 항류마티스약제(DMARDs) 치료가 필요함에도 불구하고 다음의 ‘가’ 목 또는 ‘나’ 목에 해당되어 치료를 받지 못할 경우, 다음의 ‘가’ 목 또는 ‘나’ 목에 해당됨을 증명할 만한 문서화된 기록이나 증거로 대신할 수 있습니다.
가. 부작용 등의 이유로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받을 수 없는 경우

나. 항류마티스약제(DMARDs)를 대체할만한 새로운 대체 치료방법의 등장으로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받지 않는 경우

② “특정류마티스관절염”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “특정류마티스관절염”的 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “특정류마티스관절염 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정류마티스관절염”으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “특정류마티스관절염”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정

한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자 [주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 간신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “특정류마티스관절염 진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	<ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2 종(유해지환급금형) 대비 1 종(무해지환급금형) 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">50%</td></tr> </tbody> </table> <p style="margin-left: 20px;">〈2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시〉</p> <ul style="list-style-type: none"> · 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2040년 1월 1일 이후 50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2 종(유해지환급금형) 대비 1 종(무해지환급금형) 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%	기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%
기간	2 종(유해지환급금형) 대비 1 종(무해지환급금형) 해지환급금 비율																												
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%																												
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%																												
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%																												
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%																												
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%																												
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%																												
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율																												
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%																												
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%																												
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%																												
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%																												
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%																												
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%																												

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none">이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	---

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

특정류마티스관절염 분류표

① 약관에 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 혈청검사양성 류마티스관절염	M05
· 기타 류마티스관절염	M06

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	--

2. 한국표준질병·사인분류 기준에 의거하여 상기 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병” 중 일부는 아래와 같이 동시에 진단될 수 있습니다.

특정류마티스관절염 대상코드		동시 진단 가능 코드	
대상 질병 명	분류번호	대상 질병 명	분류번호
류마티스폐질환	M05.1+	류마티스폐질환	J99.0*

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

특정류마티스관절염진단특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제 1 관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“특정류마티스관절염”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “특정류마티스관절염”이라 함은 다음 각 호를 모두 만족하는 질병을 말합니다.
 1. 한국표준질병·사인분류 중 별표[특정류마티스관절염 분류표]에서 정한 질병을 말합니다.
 2. 항류마티스약제(Disease modifying anti rheumatic drugs, DMARDs)로 치료를 받은 적이 있어야 합니다. 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받았거나 치료 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 다만, 아세틸살리실산 제제 등 비스테로이드성향염제는 제외됩니다. 다만, 임상학적으로 류마티스관절염 치료를 위해 항류마티스약제(DMARDs) 치료가 필요함에도 불구하고 다음의 ‘가’ 목 또는 ‘나’ 목에 해당되어 치료를 받지 못할 경우, 다음의 ‘가’ 목 또는 ‘나’ 목에 해당됨을 증명할 만한 문서화된 기록이나 증거로 대신할 수 있습니다.
 - 가. 부작용 등의 이유로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받을 수 없는 경우
 - 나. 항류마티스약제(DMARDs)를 대체할만한 새로운 대체 치료방법의 등장으로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받지 않는 경우
- ② “특정류마티스관절염”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “특정류마티스관절염”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정류마티스관절염”으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 “특정류마티스관절염 진단보험금”으로 지급합니다.(단, 최초 1회에 한함)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정류마티스관절염”으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

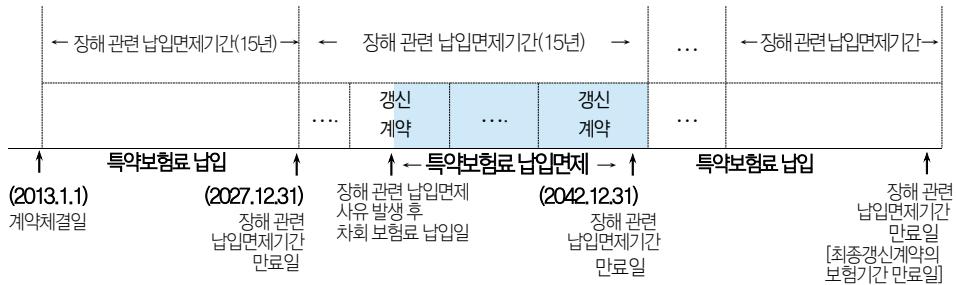
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “특정류마티스관절염”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약당일 전일까지를 말합니다.
- ③ 제2항의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- ④ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때, 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

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

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제 3 관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와

특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, "최대 80세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, "최대 100세 갱신형"의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하, "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 기입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "특정류마티스관절염 진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우
2. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

- 다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- 가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
- 나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제3호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

특정류마티스관절염 분류표

① 약관에 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 혈청검사양성 류마티스관절염	M05
· 기타 류마티스관절염	M06

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	--

2. 한국표준질병·사인분류 기준에 의거하여 상기 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병” 중 일부는 아래와 같이 동시 진단될 수 있습니다.

특정류마티스관절염 대상코드		동시 진단 가능 코드	
대상 질병 명	분류번호	대상 질병 명	분류번호
류마티스폐질환	M05.1+	류마티스폐질환	J99.0*

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “특정류마티스관절염으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

특정소액질병보장특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “특정소액질병보장특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“양성뇌종양”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수 수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 한국표준질병·사인분류 중 별표1[양성뇌종양(경계성종양 제외) 대상 질병 분류표]에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장에서 제외합니다.
- ② “양성뇌종양”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2-1조의4 [“제자리암”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “제2-1조의6(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한

비침습 방광암” 및 “제2-1조의7(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암”은 제외합니다.

② “제자리암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“기타피부암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[기타 피부의 악성신생물 분류표]에 해당하는 질병을 말합니다.

[유의사항]

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

설명	〈원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시〉
	<ul style="list-style-type: none">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.

② “기타피부암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈비침습 방광암 예시〉	
이행상피세포층 (transitional epithelium)	ⓐ
고유층(lamina propria)	(점막층)
점막하층(submucosa)	
근육층(muscle)	(□ 암성종양세포 침범깊이)
ⓐ 암성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우	

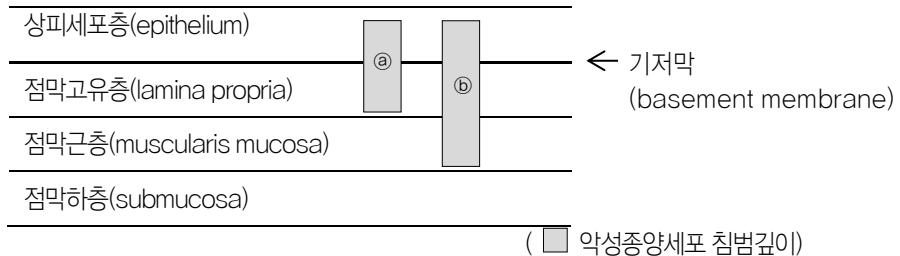
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈대장점막내암 예시〉



- ⑤ 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ⑥ 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의8 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “양성뇌종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 진단 확정 받았을 때 보험수익자에게 아래 보험금을 특정소액질병진단보험금으로 지급합니다.

지급 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “양성뇌종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 진단이 확정되었을 때 (단, “양성뇌종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”에 대해 각각 1회의 진단 확정에 한함)
지급 금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 "계약일부터 1년 이내"란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ② 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정소액질병진단보험금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 보장개시일 이후 이미 특정소액질병진단보험금이 지급된 "양성뇌종양", "제자리암", "기타피부암", "비침습 방광암" 또는 "대장점막내암"과 동일한 경우(이미 특정소액질병진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함)에는 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2-1조의6("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"으로 보험금 지급사유 발생시 "비침습 방광암"에 해당하는 보험금을 지급하고 "제자리암"에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
- ④ 제2-1조의7("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"으로 보험금 지급사유 발생시 "대장점막내암"에 해당하는 보험금을 지급하고 "제자리암"에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 "양성뇌종양", "제자리암", "기타피부암", "비침습 방광암" 또는 "대장점막내암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하여 차액을 지급하여 드립니다. (단, 해당 진단보험금 지급사유가 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에서 정한 특약의 소멸사유에 해당되지 않는 경우에는 이미 지급된 책임준비금을 차감하지 않습니다).
- ⑥ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등"을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [“특약의 체결”에 관한 특칙]

이 특약의 경우 제1-9조(특약의 체결) 제5항에도 불구하고, 제2-3조(보험금 지급 관련 세부사항) 제2항에 해당하는

경우에는 보장하지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회

사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1 종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2 종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명

- 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

- 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제 1~14 조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none">이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	---

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

양성뇌종양(경계성종양 제외) 대상 질병 분류표

① 약관에 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 수막의 양성신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성신생물	D35.3
5. 송과선의 양성신생물	D35.4

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “<u>양성뇌종양으로 분류되는 질병</u>”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “<u>양성뇌종양으로 분류되는 질병</u>”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “<u>양성뇌종양으로 분류되는 질병</u>”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “<u>양성뇌종양으로 분류되는 질병</u>”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “<u>양성뇌종양으로 분류되는 질병</u>”인 경우에는 약관에서 규정하는 “<u>양성뇌종양으로 분류되는 질병</u>”으로 봅니다.</p>
----	--

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “<u>양성뇌종양으로 분류되는 질병</u>”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “<u>양성뇌종양으로 분류되는 질병</u>”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “<u>양성뇌종양으로 분류되는 질병</u>”으로 보지 않습니다.</p>
----	---

별표2

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

2. '기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종(D09)'의 경우 이 특약 제2-1조의6("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2-1조의7("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	--

별표3

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “기타피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
----	---

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
----	--

특정소액질병보장특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“양성뇌종양”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(노막과 척수 수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌 종양으로서 한국표준질병·사인분류 중 별표1[양성뇌종양(경계성종양 제외) 대상 질병 분류표]에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장에서 제외합니다.
- ② “양성뇌종양”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제2-1조의3 [“제자리암”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “제2-1조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암” 및 “제2-1조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암”은 제외합니다.
- ② “제자리암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“기타피부암”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[기타 피부의 악성신생물 분류표]에 해

당하는 질병을 말합니다.

[유의사항]

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

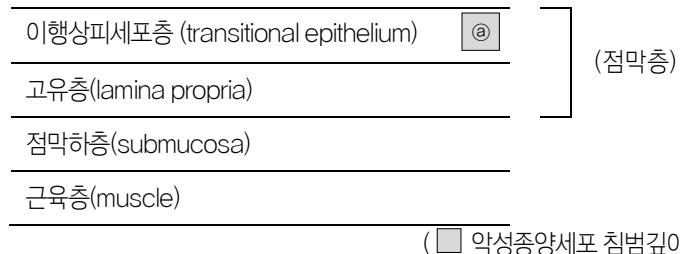
설명	<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
	<ul style="list-style-type: none">C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② “기타피부암”的 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정]

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

<비침습 방광암 예시>



(□ 악성종양세포 침범깊이)

② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

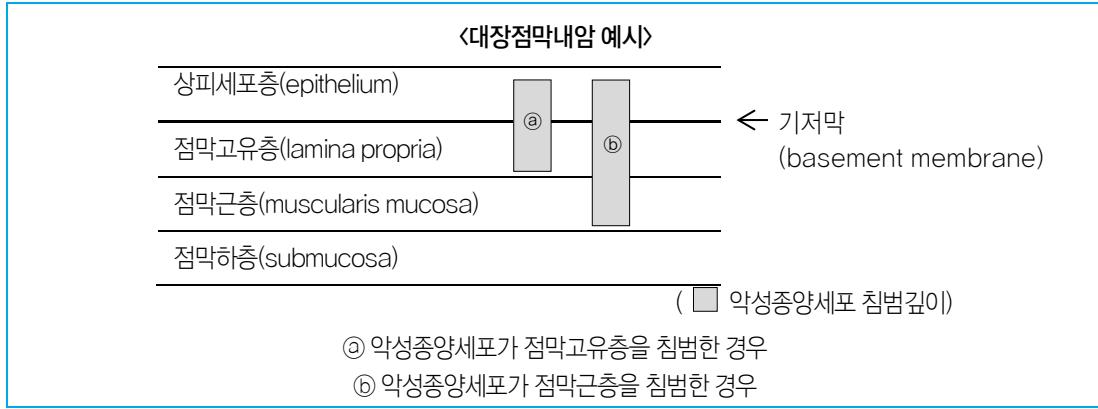
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”的 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침

범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 총수, 결장, 직장을 말합니다.



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “양성뇌종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 진단 확정 받았을 때 보험수익자에게 아래 보험금을 특정소액질병진단보험금으로 지급합니다.(단, “양성뇌종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암” 각각 1회의 진단 확정에 한하여 지급)

지급 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “양성뇌종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 진단이 확정되었을 때 (단, “양성뇌종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”에 대해 각각 1회의 진단 확정에 한함)
지급 금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정소액질병진단보험금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 특정소액질병진단보험금이 지급된 “양성뇌종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”과 동일한 경우(이미 특정소액질병진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 진존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함)에는 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “양성뇌종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보

험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험 기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다(단, 해당 진단보험금 지급사유가 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에서 정한 특약의 소멸사유에 해당되지 않는 경우에는 책임준비금을 차감하지 않습니다).

③ 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 전일 이전에 진단 확정되어 보험금이 지급된 “양성뇌종양”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안(특약이 자동갱신 되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

⑥ 제5항의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

⑦ 제2-1조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “비침습 방광암”으로 보험금 지급사유 발생 시 “비침습 방광암”에 해당하는 보험금을 지급하고 “제자리암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.

⑧ 제2-1조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대장점막내암”으로 보험금 지급사유 발생 시 “대장점막내암”에 해당하는 보험금을 지급하고 “제자리암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.

⑨ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때, 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

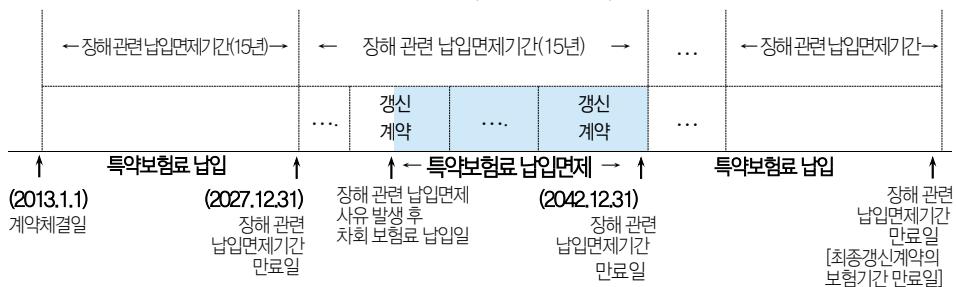
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자의 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 ["특약의 체결"에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-9조(특약의 체결) 제5항에도 불구하고, 제2-3조(보험금 지급 관련 세부사항) 제1항에 해당하는 경우에는 보장하지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하, “산출방법서”라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

양성뇌종양(경계성종양 제외) 대상 질병 분류표

① 약관에 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 수막의 양성신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성신생물	D35.3
5. 송과선의 양성신생물	D35.4

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “양성뇌종양으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표2

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리 흐색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

2. '기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종(D09)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2-1조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “제자리암으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	--

별표3

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “기타피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
----	--

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
----	--

특정외상성뇌손상진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “특정외상성뇌손상진단특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“특정외상성뇌손상”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “특정외상성뇌손상”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(특정외상성뇌손상 분류표)에서 정한 항목을 말합니다.

② “특정외상성뇌손상”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “특정외상성뇌손상”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “특정외상성뇌손상”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 “특정외상성뇌손상”으로 진단이 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 특약보험가입금액의 20%를 “특정외상성뇌손상 진단보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “특정외상성뇌손상”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 항목 진단서(분류번호 기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이

하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 기입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “특정외상성뇌손상 진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우

2. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간> 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.
----	---

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제3호의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제3호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1~4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1~5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 4 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2~13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2~14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2~14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

<p>설명</p> <ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">기간</th><th style="text-align: center;">2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">0%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">10%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">20%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">30%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">40%</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%
기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율														
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%														
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%														
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%														
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%														
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%														
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%														
<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>															
· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">기간</th><th style="text-align: center;">2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2040년 1월 1일 이후</td></tr> </tbody> </table>		기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율														
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일														
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일														
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일														
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일														
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일														
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후														

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

<p>유의사항</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다. 2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말이며, 보험료 납입기간 및 경
--

	과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
--	--------------------

제 5 관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

특정외상성뇌손상 분류표

① 약관에 규정하는 “특정외상성뇌손상으로 분류되는 항목”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

분류 항목	분류번호
· 두개원개의 골절	S02.0
· 두개저의 골절	S02.1
· 안와비닥의 골절	S02.3
· 두개골 및 안면골을 침범한 다발골절	S02.7
· 기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
· 두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
· 시신경 및 시각로의 손상	S04.0
· 동안신경의 손상	S04.1
· 외상성 뇌부종	S06.1
· 미만성 뇌손상	S06.2
· 초점성 뇌손상	S06.3
· 경막외출혈	S06.4
· 외상성 경막하출혈	S06.5
· 외상성 거미막하출혈	S06.6
· 지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “특정외상성뇌손상으로 분류되는 항목”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “ <u>특정외상성뇌손상으로 분류되는 항목</u> ”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “ <u>특정외상성뇌손상으로 분류되는 항목</u> ”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “ <u>특정외상성뇌손상으로 분류되는 항목</u> ”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “ <u>특정외상성뇌손상으로 분류되는 항목</u> ”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “ <u>특정외상성뇌손상으로 분류되는 항목</u> ”인 경우에는 약관에서 규정하는 “ <u>특정외상성뇌손상으로 분류되는 항목</u> ”으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “특정외상성뇌손상으로 분류되는 항목”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “특정외상성뇌손상으로 분류되는 항목”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “ <u>특정외상성뇌손상으로 분류되는 항목</u> ”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “ <u>특정외상성뇌손상으로 분류되는 항목</u> ”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “ <u>특정외상성뇌손상으로 분류되는 항목</u> ”으로 보지 않습니다.
----	---

특정외상성뇌출혈진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “특정외상성뇌출혈진단특약 D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“특정외상성뇌출혈”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “특정 외상성 뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(특정 외상성 뇌출혈 분류표)에서 정한 항목을 말합니다.
- ② “특정 외상성 뇌출혈”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “특정 외상성 뇌출혈”로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “특정 외상성 뇌출혈”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 “특정 외상성 뇌출혈”로 진단이 확정되었을 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 특약보험가입금액의 100%를 “특정 외상성 뇌출혈 진단보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “특정 외상성 뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 - 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 - 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상

2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 항목 진단서(분류번호 기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “특정 외상성 뇌출혈 진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지		0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지		10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지		20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지		30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지		40%

「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%
------------------------	-----

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<p>1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.</p> <p>2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.</p>
------	---

제5관 기타사항

제2~15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**특정 외상성 뇌출혈 분류표**

① 약관에 규정하는 “특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 항목”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

분류 항 목	분류번호
· 경막외출혈	S06.4
· 외상성 경막하출혈	S06.5
· 외상성 거미막하출혈	S06.6

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 항목”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 항목”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 항목”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 항목”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 항목”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 항목”인 경우에는 약관에서 규정하는 “특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 항목”으로 볼니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 항목”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 항목”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 항목”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 항목”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 항목”으로 보지 않습니다.
-----------	---

특정항암호르몬약물허가치료특약N5(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “5”는 “갱신주기 5년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
 - 가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 다. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

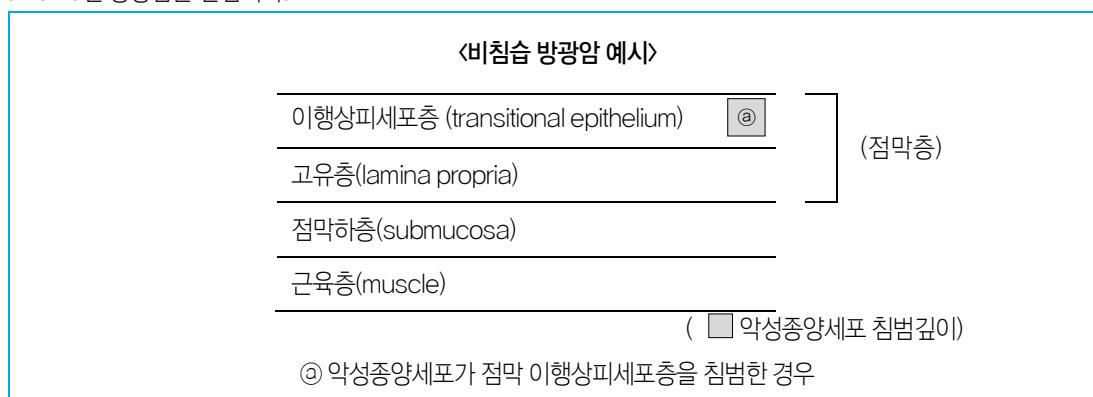
한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발 부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

설명	<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시> <ul style="list-style-type: none"> · 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.
----	--

- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의3 [“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정]

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

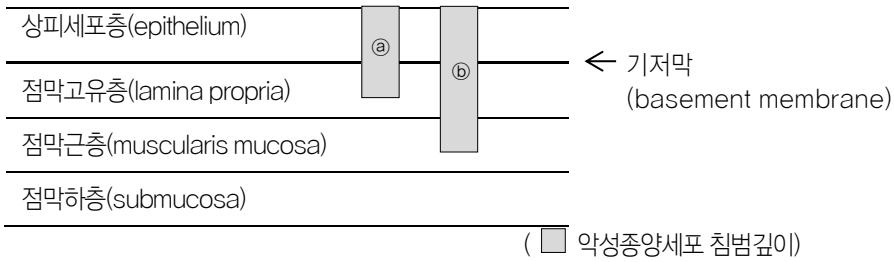


- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”的 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습 방광암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정]

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

〈대장점막내암 예시〉



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“항암약물치료”의 정의]

이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 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(암노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제2-1조의6 [“특정항암호르몬치료제” 및 “특정항암호르몬약물허가치료”의 정의]

① 이 특약에서 “특정항암호르몬치료제”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.

설명

〈“특정항암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명 안내〉

“특정항암호르몬치료제”에 대한 보험가입자의 이해를 돋기 위하여, 2020년 9월 기준 “특정항암호르몬치료제”에 해당하는 의약품명 및 성분명을 〈별표2〉에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에서 “특정항암호르몬약물허가치료”라 함은 제2-1조의5(“항암약물치료”의 정의)에서 정한 “항암약물치료” 중, 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “특정항암호르몬치료제”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, ‘암질환심의위원회’를 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 경우

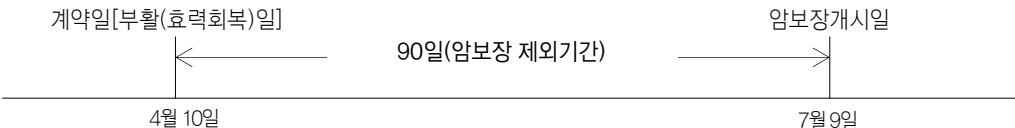
<p>설명</p> <p>〈암질환심의위원회(중증질환심의위원회)〉 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.</p> <p>〈“안전성과 유효성 인정 범위” 확인 방법〉</p> <ul style="list-style-type: none"> · 식품의약품안전처에서 허가 내 ‘효능효과’ 확인 : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(http://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색 · 식품의약품안전처에서 허가 외 ‘효능효과’, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)’ 확인 : 건강보험심사평가원(http://www.hira.or.kr) – 의료정보 – 의약품정보 – 암질환사용약제및요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 특정항암호르몬치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 “특정항암호르몬치료제” 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제2-1조의7 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의2(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암” 보장에 대한 보장개시일은 최초 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

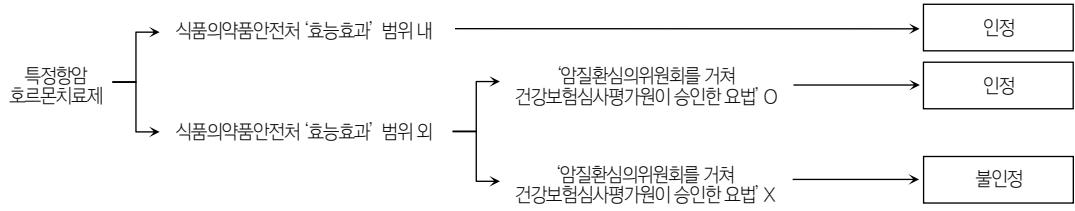
회사는 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “특정항암호르몬약물허가치료보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 “암”的 치료를 목적으로 “특정항암호르몬약물허가치료”를 받은 경우 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 5% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 2.5%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ② 제1항의 보험금 감액과 관련된 사항은 간신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “특정항암호르몬약물허가치료보험금”은 암의 진단 확정 이전에 “특정항암호르몬약물허가치료”를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “특정항암호르몬약물허가치료보험금”은 “특정항암호르몬치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의위원회’를 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.

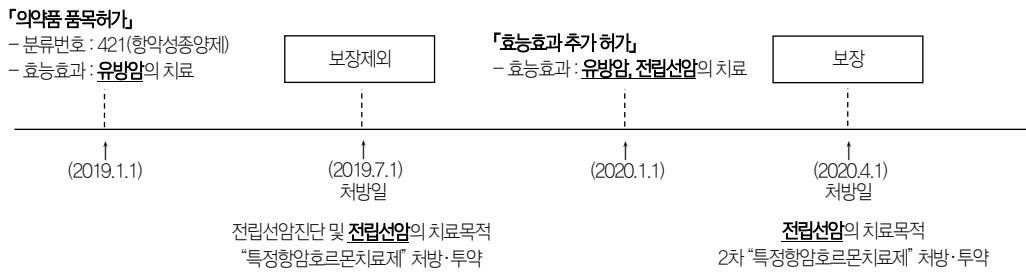
〈 특정항암호르몬치료제의 ‘안전성 및 유효성’ 인정 범위 〉



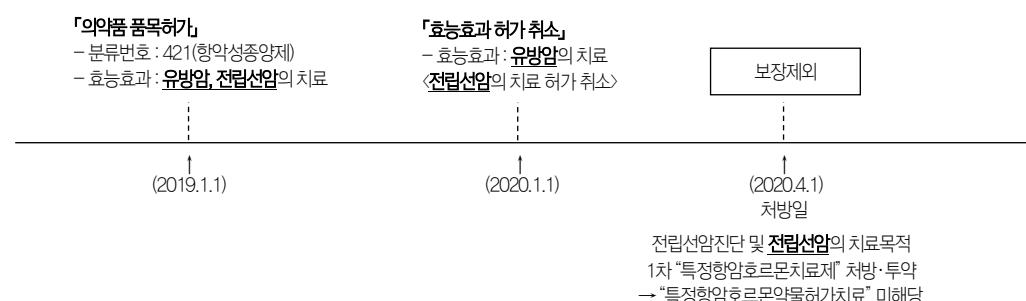
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “특정항암호르몬약물허가치료”를 받은 경우와 함은 “특정항암호르몬치료제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2-1조의6(“특정항암호르몬치료제” 및 “특정항암호르몬약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 ‘안전성과 유효성 인정 범위’가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 ‘안전성과 유효성 인정 범위’ 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

〈“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(추가) 예시〉

(i) 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가



(ii) 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소



⑥ 제1~5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은

기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간' 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 암보장개시일 이후 보험료 납입기간 중 피보험자가 암(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신 계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장애의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지

않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 특정항암호르몬약물허가치료 증명서, 질병 진단서, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서 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 건강보험신사평가원 이 승인한 요법’ 사용 여부

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

③ 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이

하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라고 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 ["특약의 무효"에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 최초계약의 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2("암"등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-10조의4 [“보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지”의 특칙]

제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항과 관련하여 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약의 보험료 납입이 면제되는 동안에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “특정항암호르몬약물허가치료보험금”의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준

비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 1

악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.	

- ② 진단시점에 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·

사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표2

“특정항암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명

- ① 아래 “특정항암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2020년 9월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돋기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “특정항암호르몬치료제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- ② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능 · 효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

설명	〈의약품명과 성분명〉
	<ul style="list-style-type: none"> · 성분명은 ‘효능 · 효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재 할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 팔호안의 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. “특정 항암호르몬치료제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론 abiraterone	자이티가정 250 밀리그램(아비라테론아세테이트(마분화)) 자이티가정 500 밀리그램(아비라테론아세테이트(마분화))
2	아나스트로졸 anastrozole	에이덱스정(아나스트로졸) 아리미덱스정(아나스트로졸) 테바아나스트로졸정 1 밀리그램 아트로졸정(아나스트로졸) 페미젯정 1 밀리그램(아나스트로졸) 아나스토정(아나스트로졸)
3	비칼루타미드 bicalutamide	카소덱스정(비칼루타마이드) 비카덱스정(비칼루타마이드)50 밀리그램 비카루드정 칼루타미정 150 밀리그램(비칼루타미드) 칼루타미정 50 밀리그램(비칼루타미드) 비카소정(비칼루타마이드) 카덱스정(비칼루타마이드) 카소비트(비칼루타마이드) 프로세이드정(비칼루타마이드) 프로카덱스정(비칼루타마이드) 프로칼린정 50 밀리그램(비칼루타미드) 테바비칼루타마이드정 50 밀리그램
4	다로루타마이드 darolutamide	뉴베카정 300 밀리그램(다로루타마이드)
5	데가렐릭스 degarelix	퍼마곤주 80 밀리그램(데가렐릭스) 퍼마곤주 120 밀리그램(데가렐릭스)
6	엔잘루타마이드 enzalutamide	엑스탄디연질캡슐 40mg(엔잘루타마이드)
7	에스트라머스틴 estramustine	에스트라시트캡슐 140 밀리그램 (에스트라머스틴인산나트륨수화물)
8	엑스메스탄 exemestane	아로마신정 25mg(엑스메스탄)
9	풀베스트란트 fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
10	고세렐린 goserelin	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염) 졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
11	레트로졸 letrozole	페마라정(레트로졸) 레나라정(레트로졸) 트로젯정 2.5 밀리그램(레트로졸) 레트론정(레트로졸) 브레트라정(레트로졸) 파누엘정 2.5 밀리그램(레트로졸) 테바레트로졸정 2.5 밀리그램
12	류프로렐린 leuprorelin(leuprolide)	루피어데포주 3.75 밀리그램(류프로렐린아세트산염) 로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염) 로렐린주사액(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주 45 밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주 30 밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주 22.5 밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주 7.5 밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린주 3.75mg(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주 3.75 밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주 11.25 밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주 22.5 밀리그램(류프로렐린아세트산염)
13	메드록시프로게스테론 medroxyprogesterone	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
14	타목시펜 tamoxifen	광동타목시펜정(타목시펜시트르산염) 광동타목시펜정 20 밀리그램(타목시펜시트르산염) 놀바넥스디정(타목시펜시트르산염) 놀바넥스정(타목시펜시트르산염) 타모프렉스정 10 밀리그램(타목시펜시트르산염) 타모프렉스정 20 밀리그램(타목시펜시트르산염) 타목센정
15	토레미펜 toremifene	화레스톤정 40 밀리그램(토레미펜시트르산염)
16	트립토렐린 triptorelin	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염) 데카펩틸주 0.1 밀리그램(트립토렐린아세트산염) 디페렐린피알 3.75 밀리그램주(초산트립토렐린) 디페렐린피알주 11.25 밀리그램(파모산트립토렐린) 디페렐린에스알주 22.5 밀리그램(트립토렐린파모산염)
17	메게스트롤 megestrol	메게시아정 40mg(메게스트롤아세테이트) 메게시아정 160mg(메게스트롤아세테이트) 네옥시아현탁액(메게스트롤아세테이트) 애피트롤내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 메제트롤현탁액(메게스트롤아세테이트) 메가프렉스정 40 밀리그램(초산메게스트롤) 메가프렉스정 160 밀리그램(초산메게스트롤)

특정허혈심장질환진단특약ⅡD(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “특정허혈심장질환진단특약ⅡD(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“특정 허혈심장질환”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “특정 허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(특정 허혈심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “특정 허혈심장질환”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “특정 허혈심장질환”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “특정 허혈심장질환”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어 해설	<p><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.</p> <p><심장초음파 검사> 심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.</p> <p><관상동맥촬영술> 관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.</p> <p><심장 효소 검사> 심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.</p> <p><핵의학 검사> 방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.</p>
------------------------	--

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정 허혈심장질환”으로 진단 확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “특정 허혈심장질환 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정 허혈심장질환”으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “특정 허혈심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 - 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 - 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등"을 말합니다
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간> 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.
----	---

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “특정 허혈심장질환 진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1

향에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.															
	<table border="1"><thead><tr><th>기간</th><th>2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율</th></tr></thead><tbody><tr><td>계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td>0%</td></tr><tr><td>「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td>10%</td></tr><tr><td>「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td>20%</td></tr><tr><td>「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td>30%</td></tr><tr><td>「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td>40%</td></tr><tr><td>「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td>50%</td></tr></tbody></table>		기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%
기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율															
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%															
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%															
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%															
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%															
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%															
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%															
〈2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시〉																
· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.																
	<table border="1"><thead><tr><th>기간</th><th>2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr></thead><tbody><tr><td>계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td>2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%</td></tr><tr><td>「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td>2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%</td></tr><tr><td>「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td>2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%</td></tr><tr><td>「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td>2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%</td></tr><tr><td>「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td>2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%</td></tr><tr><td>「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td>2040년 1월 1일 이후 50%</td></tr></tbody></table>		기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율															
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%															
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%															
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%															
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%															
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%															
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%															
③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.																

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항

1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당 일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.
2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**특정 허혈심장질환 분류표**

① 약관에 규정하는 '특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병'은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 불안정협심증	I20.0
· 연축의 기재가 있는 협심증	I20.1
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 혼존 합병증	I23
· 심근경색증을 유발하지 않은 관상동맥혈전증	I24.0
· 드레슬러증후군	I24.1

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 봅니다.

② 진단시점에 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

특정허혈심장질환진단특약Ⅱ N15(갱신형, 무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“특정 허혈심장질환”的 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “특정 허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(특정 허혈심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “특정 허혈심장질환”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “특정 허혈심장질환”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 “특정 허혈심장질환”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어	<심전도 검사>
해설	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.
	<관상동맥촬영술>
	관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.

<심장 효소 검사>

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.

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등**제2-2조 [보험금의 지급사유]**

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정 허혈심장질환”으로 진단 확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “특정 허혈심장질환 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정 허혈심장질환”으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “특정 허혈심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

② 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

③ 제2항의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

④ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때, 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

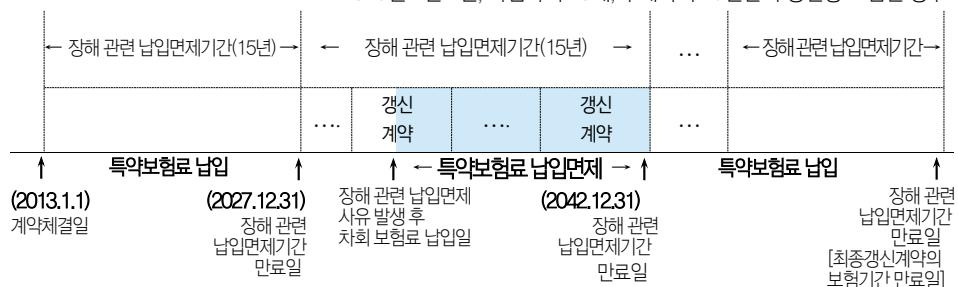
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의

파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1~4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경

우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하, “산출방법서”라 합니다)에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당 금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회

사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "특정 허혈심장질환 진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**특정 허혈심장질환 분류표**

① 약관에 규정하는 '특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병'은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 불안정협심증	I20.0
· 연축의 기재가 있는 협심증	I20.1
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 혼존 합병증	I23
· 심근경색증을 유발하지 않은 관상동맥혈전증	I24.0
· 드래슬러증후군	I24.1

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국 표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

표적항암약물허가치료특약N5(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “5”는 “갱신주기 5년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 5년 만기(피보험자가 될 자가 태아인 경우 최초계약에 한해 주계약의 태아가입특칙에서 정한 "태아보장기간"을 추가) 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
 - 가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 다. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명

<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

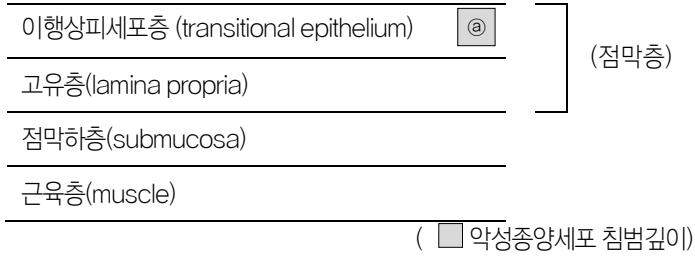
C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(기타 피부의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(갑상선의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의3 [“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정]

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

〈비침습 방광암 예시〉



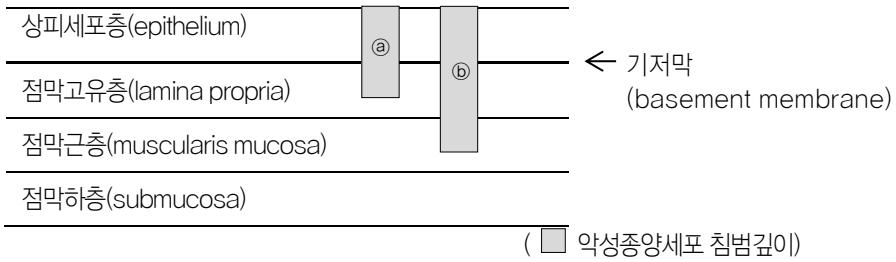
- ② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”的 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습 방광암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정]

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

〈대장점막내암 예시〉



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“항암약물치료”의 정의]

이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 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.

제2-1조의6 [“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의]

① 이 특약에서 “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.

<p>설명</p> <p>〈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.</p> <p>〈“표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내〉 “표적항암제”에 대한 보험가입자의 이해를 돋기 위하여, 2020년 6월 기준 “표적항암제”에 해당하는 의약품명 및 성분명을 〈별표4〉에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.</p>

② 이 특약에서 “표적항암약물허가치료”라 함은 제2-1조의5(“항암약물치료”의 정의)에서 정한 “항암약물치료” 중, 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암, 기타피부암 또는 갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “표적항암제”를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회’를 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 경우

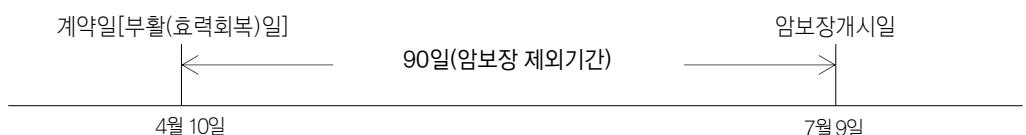
<p>설명</p> <p>〈암질환심의위원회(중증질환심의위원회)〉 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.</p> <p>〈“안전성과 유효성 인정 범위” 확인 방법〉</p> <ul style="list-style-type: none"> · 식품의약품안전처에서 허가 내 ‘효능효과’ 확인 <ul style="list-style-type: none"> : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(http://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색 · 식품의약품안전처에서 허가 외 ‘효능효과’, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)’ 확인 <ul style="list-style-type: none"> : 건강보험심사평가원(http://www.hira.or.kr) – 의료정보 – 의약품정보 – 암질환사용약제및요법 – 항암화학요법 – 허가초과 항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 “표적항암제” 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제2-1조의7 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의2(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암” 보장에 대한 보장개시일은 최초 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일] 현재 피보험자가 15세 미만인 경우, 암보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]로 하며, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



※ 기타피부암 또는 갑상선암의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

※ 피보험자가 15세 미만인 경우 암보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “표적항암약물

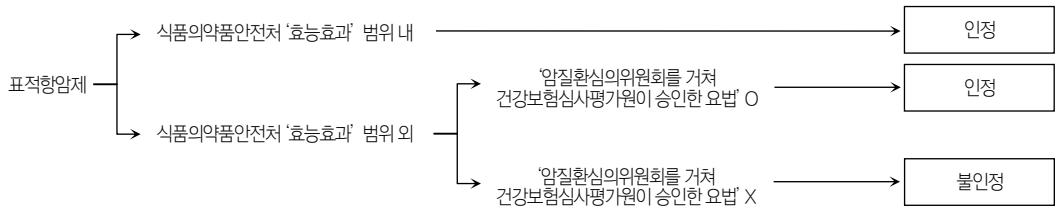
허가치료보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 「최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 “기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50% (단, 최초계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 1년 이내 보험금 감액은 적용하지 않습니다.)

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ② 제1항의 보험금 감액과 관련된 사항은 간접계약의 경우 또는 최초계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 적용하지 않습니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “표적항암약물허가치료보험금”은 「암, 기타피부암 또는 갑상선암」의 진단 확정 이전에 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “표적항암약물허가치료보험금”은 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의위원회’를 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.

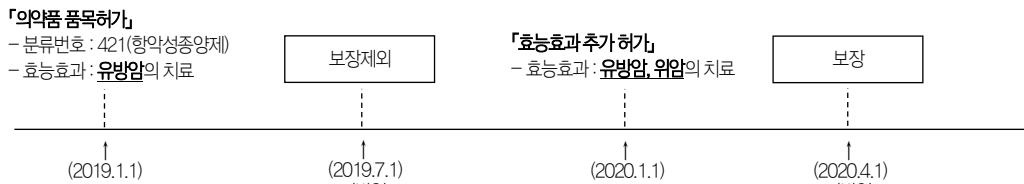
〈표적항암제의 ‘안전성 및 유효성’ 인정 범위〉



- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우라 함은 “표적항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2-1조의6(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 ‘안전성과 유효성 인정 범위’가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 ‘안전성과 유효성 인정 범위’ 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

〈“안전성과 유효성 인정 범위” 변경(추가) 예시〉

(i) 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가



위암진단 및 **위암**의 치료목적
“표적항암제” 처방·투약
→ “표적항암약물허가치료” 미해당

위암의 치료목적
2차 “표적항암제” 처방·투약
→ “표적항암약물허가치료” 해당

(ii) 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소



위암진단 및 **위암**의 치료목적
1차 “표적항암제” 처방·투약
→ “표적항암약물허가치료” 미해당

- ⑥ 제1~5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은

기간이 '주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간' 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 암보장개시일 이후 보험료 납입기간 중 피보험자가 암(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장애의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 "보장받을 수 있는 기간"은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지

않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 표적항암약물허가치료 증명서, 질병 진단서, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서 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, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원 이 승인한 요법’ 사용 여부

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

③ 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입]이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라고 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 ["특약의 무효"에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의 2("암" 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-10조의4 ["보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지"의 특칙]

제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항과 관련하여 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약의 보험료 납입이 면제되는 동안에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "표적형암약물허가치료보험금"의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출

이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제2-12조의2 [“특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입”에 관한 특칙]

제1-11조(특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입) 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 태아인 경우 최초계약에 한해 제1-11조(특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입) 제1항의 기간(출생시점부터 기산된 기간을 말합니다)에 주계약의 태아가입특칙에서 정한 “태아보장기간”을 추가로 부가합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 경우에는 「출생예정일 이후에 해당하는 보험기간에 대해 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)」를 계약자에게 지급합니다.
 1. 주계약을 체결할 때 피보험자가 될 자가 태아(胎兒)인 경우
 2. 특약의 해지 시점이 출생예정일 이후인 경우
 3. 특약의 해지 시점이 피보험자가 될 자가 출생하기 전인 경우
- ③ 제2항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 ‘태아가 출생하기 전’임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 태아가입특칙이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대해서도 태아가입특칙을 적용합니다.

별표 1

악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·

사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	--

별표2

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

별표3

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
----	--

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
----	--

별표4

“표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명

① 아래 “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명은 2020년 6월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돋기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “표적항암제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능 · 효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

설명	〈의약품명과 성분명〉
	<ul style="list-style-type: none"> · 성분명은 ‘효능 · 효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재 할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 팔호안의 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. “표적 항암제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 afibercept	잘트랩주 25mg/mL(애플리버셉트)
2	알렉티닙 alectinib	알레센자캡슐 150 밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙 afatinib	지오토립정 20 밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오토립정 30 밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오토립정 40 밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정 1 밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정 5 밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밀삼합체 bortezomib	벨조밀주 1 밀리그램(보르테조밀삼합체)
		벨조밀주 3.5 밀리그램(보르테조밀삼합체)
		벨케이드주(보르테조밀삼합체)
		벨킨주 2.5 밀리그램(보르테조밀삼합체)
		벨킨주 3.5 밀리그램(보르테조밀삼합체)
		보테벨주 3.5 밀리그램(보르테조밀삼합체)
		테조민주 2.5 밀리그램(보르테조밀삼합체)
		테조민주 3.5 밀리그램(보르테조밀삼합체)
		테조벨주(보르테조밀삼합체)
		프로테조밀주(보르테조밀삼합체)
6	보르테조밀일수화물 bortezomib	프로테조밀주 2.5 밀리그램(보르테조밀삼합체)
		화이자보르테조밀주 3.5 밀리그램(보르테조밀일수화물)
7	카보잔티닙 cabozantinib	카보메틱스정 20 밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정 40 밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정 60 밀리그램(카보잔티닙)
8	카르필조밀 carfilzomib	키프롤리스주 30 밀리그램(카르필조밀)
		키프롤리스주 60 밀리그램(카르필조밀)
9	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐 150 밀리그램(세리티닙)
10	코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정 20 밀리그램(코비메티닙)
11	크리조티닙 crizotinib	잘코리캡슐 200 밀리그램(크리조티닙)
		잘코리캡슐 250 밀리그램(크리조티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
12	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐 50밀리그램(다브라페닙메실산염) 라핀나캡슐 75밀리그램(다브라페닙메실산염)
13	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정 100밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정 20밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정 50밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정 70밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정 80밀리그램(다사티닙)
14	엘로티닙염산염 erlotinib	디쎄바정 100밀리그램(엘로티닙염산염) 디쎄바정 150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로쎄타정 100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로쎄타정 150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로팁정 100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용) 엘로팁정 150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정 100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정 150밀리그램(엘로티닙염산염) 타쎄바정 100밀리그램(엘로티닙염산염) 타쎄바정 150밀리그램(엘로티닙염산염) 타쎄바정 25밀리그램(엘로티닙염산염) 타쎄원정 100밀리그램(엘로티닙염산염) 타쎄원정 150밀리그램(엘로티닙염산염) 테비엘로티닙정 100mg(엘로티닙염산염) 테비엘로티닙정 150mg(엘로티닙염산염) 테비엘로티닙정 25mg(엘로티닙염산염)
15	에베로리무스 everolimus	아피니토정 10밀리그램(에베로리무스) 아피니토정 2.5밀리그램(에베로리무스) 아피니토정 5밀리그램(에베로리무스) 에리니토정 10mg(에베로리무스) 에리니토정 5밀리그램(에베로리무스)
16	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브) 스펙사정 250밀리그램(게피티니브) 이레사정(게피티니브) 이레티닙정 250밀리그램(게피티니브) 이레파논정(게피티니브) 제피티닙정(게피티니브)
17	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐 140밀리그램(이브루티닙)
18	이매티닙메실산염 imatinib	글로팁정 400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리닙정 100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리닙정 200밀리그램(이매티닙메실산염) 글리닙정 400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리마정 100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리마정 200밀리그램(이매티닙메실산염) 글리마정 400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리벡필름코팅정 100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리부렌정 100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리부렌정 200밀리그램(이매티닙메실산염) 글리부렌정 400밀리그램(이매티닙메실산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		글리티브필름코팅정 100밀리그램(이메티닙메실산염) 글리티브필름코팅정 300밀리그램(이메티닙메실산염) 글리티브필름코팅정 400밀리그램(이메티닙메실산염) 루키벡필름코팅정 100밀리그램(이메티닙메실산염) 루키벡필름코팅정 200밀리그램(이메티닙메실산염) 루키벡필름코팅정 400밀리그램(이메티닙메실산염) 류코벡정 100밀리그램(이메티닙메실산염) 류코벡정 400밀리그램(이메티닙메실산염) 유니팁정 100밀리그램(이메티닙메실산염)(수출용) 이니벡정 100밀리그램(이메티닙메실산염) 이니벡정 400밀리그램(이메티닙메실산염) 이메팁정 100밀리그램(이메티닙메실산염) 이메팁정 400밀리그램(이메티닙메실산염) 제이티닙정 100밀리그램(이메티닙메실산염) 제이티닙정 400밀리그램(이메티닙메실산염) 케어벡정 100밀리그램(이메티닙메실산염) 케어벡정 200밀리그램(이메티닙메실산염) 케어벡정 400밀리그램(이메티닙메실산염)
19	익사조립시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐 2.3밀리그램(익사조립시트레이트) 닌라로캡슐 3밀리그램(익사조립시트레이트) 닌라로캡슐 4밀리그램(익사조립시트레이트)
20	라파티닙디토실레이트 lapatinib	타이커브정 250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
21	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐 10밀리그램(렌바티닙메실산염) 렌비마캡슐 4밀리그램(렌바티닙메실산염)
22	닐로티닙염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐 150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물) 타시그나캡슐 200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물) 타시그나캡슐 50밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
23	올라파리p olaparib	린파자캡슐 50밀리그램(올라파리p) 린파자정 150밀리그램(올라파리p) 린파자정 100밀리그램(올라파리p)
24	올무티닙염산염일수화물 olmutinib	올리타정 200밀리그램(올무티닙염산염일수화물) 올리타정 400밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
25	오시머티닙 osimertinib	타그리소정 40밀리그램(오시머티닙메실산염) 타그리소정 80밀리그램(오시머티닙메실산염)
26	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐 100mg(팔보시클립) 입랜스캡슐 125mg(팔보시클립) 입랜스캡슐 75mg(팔보시클립)
27	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정 200밀리그램(파조파닙염산염) 보트리엔트정 400밀리그램(파조파닙염산염)
28	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정 15밀리그램(포나티닙염산염) 아이클루시그정 45밀리그램(포나티닙염산염)
29	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐 100밀리그램(라도티닙염산염) 슈펙트캡슐 200밀리그램(라도티닙염산염)
30	레고라페닙 regorafenib	스티바가정 40밀리그램(레고라페닙)
31	룩소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정 10밀리그램(룩소리티닙인산염) 자카비정 15밀리그램(룩소리티닙인산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		자카비정 20 밀리그램(룩소리티닙인산염) 자카비정 5 밀리그램(룩소리티닙인산염)
32	소라페닙토실레이트(미분화) sorafenib	네사바정 200 밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
33	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐 12.5 밀리그램(수니티닙말산염) 수텐캡슐 25 밀리그램(수니티닙말산염) 수텐캡슐 50 밀리그램(수니티닙말산염)
34	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
35	트라메티닙디메틸설플록시드 trametinib	매큐셀정 0.5 밀리그램(트라메티닙디메틸설플록시드) 매큐셀정 2 밀리그램(트라메티닙디메틸설플록시드)
36	반데타닙 vandetanib	카프렐사정 100 밀리그램(반데타닙) 카프렐사정 300 밀리그램(반데타닙)
37	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정 240 밀리그램(베무라페닙)
38	비스모데깁 vismodegib	에리벳지캡슐 150 밀리그램(비스모데깁)
39	파노비노스타트락트산염 panobinostat	파리닥캡슐 10 밀리그램(파노비노스타트락트산염) 파리닥캡슐 15 밀리그램(파노비노스타트락트산염) 파리닥캡슐 20 밀리그램(파노비노스타트락트산염)
40	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐 10mg(레날리도마이드) 레날도캡슐 15mg(레날리도마이드) 레날도캡슐 2.5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐 20mg(레날리도마이드) 레날도캡슐 25mg(레날리도마이드) 레날도캡슐 5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐 7.5mg(레날리도마이드) 레날로마캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 2.5 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐 7.5 밀리그램(레날리도마이드) 레날리드정(레날리도마이드) 레블리미드캡슐 10 밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐 15 밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐 2.5 밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐 20 밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐 25 밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐 5 밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐 7.5 밀리그램(레날리도마이드) 알보젠레날리도마이드캡슐 5 밀리그램 알보젠레날리도마이드캡슐 10 밀리그램 알보젠레날리도마이드캡슐 15 밀리그램 알보젠레날리도마이드캡슐 25 밀리그램
41	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐 100 밀리그램(보리노스타트)
42	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정 180 밀리그램(브리가티닙) 알룬브릭정 30 밀리그램(브리가티닙) 알룬브릭정 90 밀리그램(브리가티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
43	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐 25 밀리그램(미도스타우린)
44	니라파립토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐 100 밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
45	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
46	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주 100 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주 160 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
47	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주 150 밀리그램(트라스투주맙)
		하셉틴주 150 밀리그램(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		하셉틴주 440 밀리그램(트라스투주맙)
		하쥬마주 600 밀리그램(트라스투주맙)
		하쥬마주 150mg(트라스투주맙) (단클론항체, 유전자재조합)
		하쥬마주 440mg(트라스투주맙) (단클론항체, 유전자재조합)
		라트루보주 10 밀리그램/밀리리터(올라라투맙, 유전자재조합)
48	올라라투맙 olaratumab	라트루보주 10 밀리그램/밀리리터(올라라투맙, 유전자재조합)
49	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙, 유전자재조합)
50	엘로투주맙 elotuzumab	эм플리시티주 300 밀리그램(엘로투주맙, 유전자재조합)
		эмпл리시티주 400 밀리그램(엘로투주맙, 유전자재조합)
51	실툭시맙 siltuximab	실반트주 100 밀리그램(실툭시맙, 유전자재조합)
		실반트주 400 밀리그램(실툭시맙, 유전자재조합)
52	세툭시맙 cetuximab	얼비黠스주 5mg/mL (세툭시맙)
53	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주 35 마이크로그램 (블리나투모맙, 유전자재조합)
54	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
55	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
56	리툭시맙 rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
57	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주 10 밀리그램/밀리리터 (라무시루맙, 유전자재조합)
58	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
59	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
60	니볼루맙 nivolumab	옵디보주 100mg(니볼루맙, 유전자재조합)
		옵디보주 20mg(니볼루맙, 유전자재조합)
		옵디보주 240mg(니볼루맙, 유전자재조합)
61	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙, 유전자재조합)
62	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐 50 밀리그램
		탈라이드캡슐 100mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐 50mg(탈리도마이드)
		탈로다캡슐 100 밀리그램(탈리도마이드)
		탈로다캡슐 50 밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐 100 밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐 50 밀리그램(탈리도마이드)
63	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐 1 밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐 2 밀리그램(포말리도마이드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		포말리스트캡슐 3밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐 4밀리그램(포말리도마이드)
64	이필리무맙 ipilimumab	여보이주 200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합) 여보이주 50밀리그램/10밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합)
65	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
66	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
67	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
68	테르토모타이드염산염 tertomotide	리아백스주(테르토모타이드염산염)
69	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정 100밀리그램(아베마시클립) 버제니오정 150밀리그램(아베마시클립) 버제니오정 200밀리그램(아베마시클립) 버제니오정 50밀리그램(아베마시클립)
70	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정 100밀리그램(베네토클락스) 벤클렉스타정 10밀리그램(베네토클락스) 벤클렉스타정 50밀리그램(베네토클락스)
71	다코미티닙 dacomitinib	비짐프로정 15밀리그램(다코미티닙수화물) 비짐프로정 45밀리그램(다코미티닙수화물) 비짐프로정 30밀리그램(다코미티닙수화물)
72	리보시클립 ribociclib	키스칼리정 200밀리그램(리보시클립숙신산염)
73	라로트렉티닙황산염 larotrectinib sulfate	비트락비캡슐 25밀리그램(라로트렉티닙황산염) 비트락비액(라로트렉티닙황산염) 비트락비캡슐 100밀리그램(라로트렉티닙황산염)
74	엔트렉티닙 entrectinib	로줄리트렉캡슐 100밀리그램(엔트렉티닙) 로줄리트렉캡슐 200밀리그램(엔트렉티닙)
75	길테리티닙푸마르산염 gilteritinib fumarate	조스파타정 40밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
76	이브리투모맙튜세탄 ibritumomab tiuxetan	제바린키트주사(이브리투모맙튜세탄)

항암방사선 · 약물치료특약ⅢD(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 태아인 경우 제1항의 기간(출생시점부터 기산된 기간을 말합니다)에 특약 체결일로부터 출생시점(출산 또는 분만 과정에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 기간을 추가로 부가합니다.

제2-1조의3 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병

나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병

다. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명	<p><원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시></p> <ul style="list-style-type: none"> · 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.
-----------	---

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[기타 피부의 악성신생물 분류표]에 해당하는 질병을 말합니다.

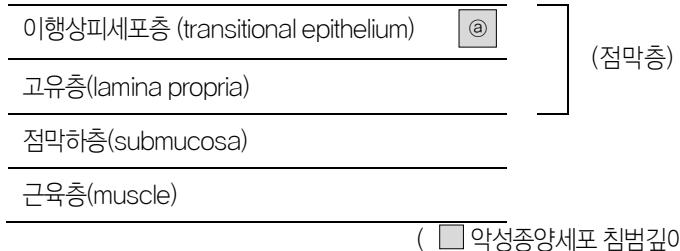
③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[갑상선의 악성신생물 분류표]에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정]

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

<비침습 방광암 예시>



② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

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

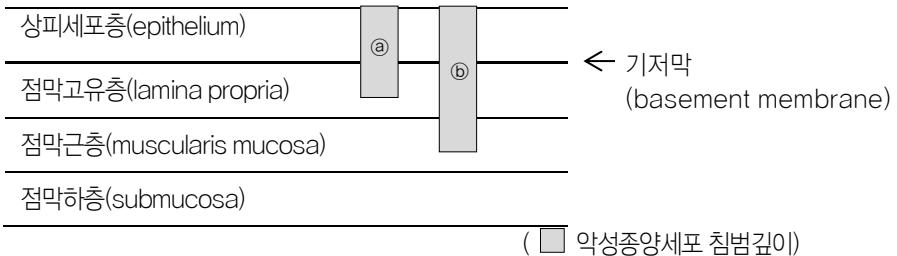
③ “비침습 방광암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정]

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

합니다.

〈대장점막내암 예시〉



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 협미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

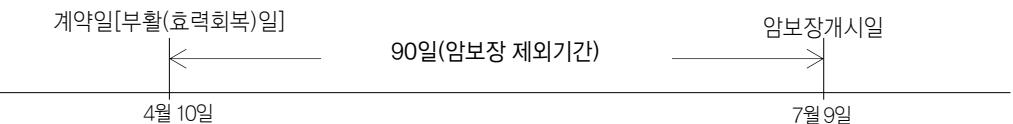
제2-1조의6 [“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의]

- ① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 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.
- ② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 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(암노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제2-1조의7 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암” 보장에 대한 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(단, 계약일 [특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일] 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일], 이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



※ 피보험자가 15세 미만인 경우 암보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

※ 기타피부암 또는 갑상선암의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 “항암방사선 · 약물치료보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”的 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우(다만, “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 둘 중 최초 1회에 한하여 지급)
지급금액	특약보험가입금액의 10%
지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정되고 “기타피부암” 또는 “갑상선암”的 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우(다만, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 각각 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 둘 중 최초 1회에 한하여 지급)
지급금액	특약보험가입금액의 5%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자에게 「암, 기타피부암 또는 갑상선암」으로 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선 · 약물치료보험금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 보장개시일 이후 이미 항암방사선 · 약물치료보험금이 지급된 「암, 기타피부암 또는 갑상선암」과 동일한 경우(이미 항암방사선 · 약물치료보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발된 경우 포함) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제2-1조의3(“암”등의 정의 및 진단 확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 “암”的 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 “기타피부암” 또는 “갑상선암” 각각에 해당하는 항암방사선 · 약물치료보험금을 지급하고 “암”에 해당하는 항암방사선 · 약물치료보험금은 지급하지 않습니다.
- ③ “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”的 경우 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로, 둘 중 하나에 해당하여 항암방사선 · 약물치료보험금이 지급된 경우 다른 하나에 해당하더라도 항암방사선 · 약물치료보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 암보장개시일 이후 보험료 납입기간 중 피보험자가 암(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관절방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서, 질병 진단서, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [“특약의 체결”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-9조(특약의 체결) 제5항에도 불구하고 제2-3조 (보험금 지급 관련 세부사항) 제1항에 해당하는 경우에는 보장하지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 간신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의4 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 기입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제2-12조의2 [“특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입”에 관한 특칙]

제1-11조(특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입)와 관련하여 특약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 태아인 경우 제1-11조(특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입) 제1항의 기간(출생시점부터 기산된 기간을 말합니다)에 특약 체결일로부터 출생시점(출산 또는 분만 과정에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 기간을 추가로 부가 합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 경우에는 「출생예정일 이후에 해당하는 보험기간에 대해 이미 납입한 보험료」를 계약자에게 지급합니다.

1. 주계약을 체결할 때 피보험자가 될 자가 태아(胎兒)인 경우
2. 특약의 해지 시점이 출생예정일 이후인 경우
3. 특약의 해지 시점이 피보험자가 될 자가 출생하기 전인 경우

③ 제2항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명 · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%

〈2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시〉

· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<p>1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약 해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로가입할 수 있는 보험상품입니다.</p> <p>2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.</p>
------	--

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 태아가입특칙이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대해서도 태아가입특칙을 적용합니다.

별표 1

악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·

사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표2

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
-----------	--

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
-----------	--

별표3

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

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

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

항암방사선 · 약물치료특약 N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
 - 가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 다. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명	< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 >
	<ul style="list-style-type: none"> · 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 경우에

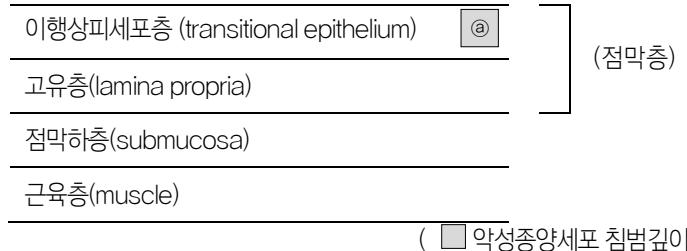
도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[기타 피부의 악성신생물 분류표]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[갑상선의 악성신생물 분류표]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의3 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

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

<비침습 방광암 예시>



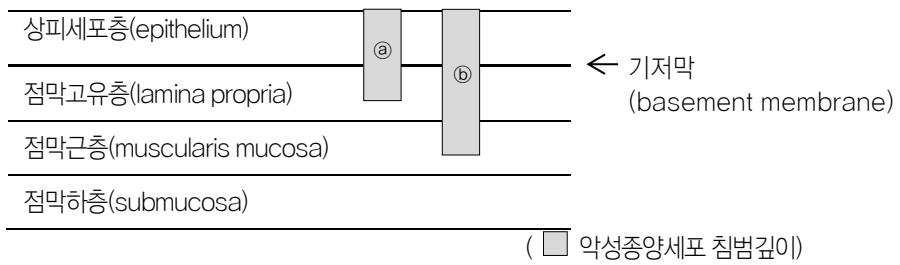
- ② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈대장점막내암 예시〉



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

② “대장점막내암”的 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[뇌출혈 분류표]에서 정한 질병을 말합니다.
② “뇌출혈”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층 촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다.

제2-1조의6 [“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5[급성심근경색증 분류표]에서 정한 질병을 말합니다.
② “급성심근경색증”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사를 기초로 하여야 합니다.

용어

해설

〈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.

〈관상동맥촬영술〉

관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.

〈심장 효소 검사〉

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 검

사입니다.

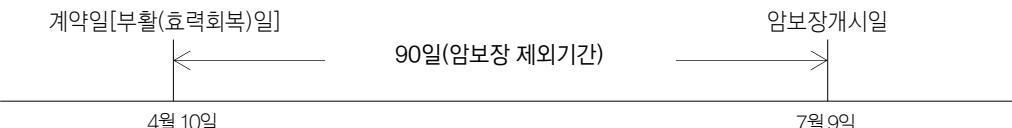
제2-1조의7 [“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의]

- ① 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 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.
- ② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 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(암노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제2-1조의8 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의2(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 최초 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암 보장개시일은 갱신일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



※ 기타피부암 또는 갑상선암의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 “항암방사선 · 약물치료보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우(다만, “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 둘 중 최초 1회에 한하여 지급)
지급금액	특약보험가입금액의 10%

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우(다만, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 각각 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료” 둘 중 최초 1회에 한하여 자급)
지급금액	특약보험가입금액의 5%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

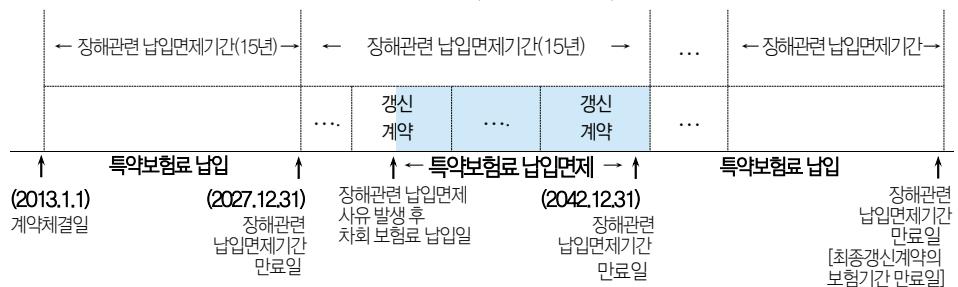
- ① 제2-1조의2(“암”등의 정의 및 진단 확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 “암”의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 “기타피부암” 또는 “갑상선암” 각각에 해당하는 항암방사선 · 약물치료보험금을 지급하고 “암”에 해당하는 항암방사선 · 약물치료보험금은 지급하지 않습니다.
- ② “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”의 경우 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로, 둘 중 하나에 해당하여 항암방사선 · 약물치료보험금이 지급된 경우 다른 하나에 해당하더라도 항암방사선 · 약물치료보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자에게 「암, 기타피부암 또는 갑상선암」으로 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선 · 약물치료보험금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 항암방사선 · 약물치료보험금이 지급된 「암, 기타피부암 또는 갑상선암」과 동일한 경우(이미 항암방사선 · 약물치료보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발된 경우 포함) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 암보장개시일 이후 보험료 납입기간 중 피보험자가 “암(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)”, “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”으로 진단 확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서, 질병 진단서, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [“특약의 체결”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-9조(특약의 체결) 제5항에도 불구하고, 제2-3조(보험금 지급 관련 세부사항) 제3항에 해당하는 경우에는 보장하지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해

당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
3. 피보험자에게 약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우(다만, 기타피부암 또는 갑상선암으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 경우는 제외)

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의4 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의2(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-10조의5 [“보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지”의 특칙]

제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항과 관련하여 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은

경우에는 이 특약의 보험료 납입이 면제되는 동안에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 1

악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성신생물	C60-C63
10. 요로의 악성신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69-C72
12. 부신의 악성신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여타 부위의 악성신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성 이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·

사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표2

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

별표3

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
----	--

별표4

뇌출혈 분류표

① 약관에 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 거미막하 출혈	60
· 뇌내출혈	61
· 기타 비외상성 두개내 출혈	62

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	--

별표5

급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

항암세기조절방사선치료특약N5(갱신형, 무배당) 약관

※ 상품명칭의 “5”는 “갱신주기 5년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1~1조부터 제1~15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2~1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 5년 만기(피보험자가 될 자가 태아인 경우 최초계약에 한해 주계약의 태아가입특칙에서 정한 "태아보장기간"을 추가) 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2~1조의2 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
 - 가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 다. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명	〈원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시〉
	<ul style="list-style-type: none"> · 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 경우에

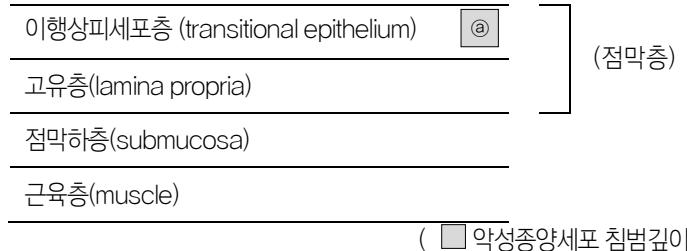
도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(기타 피부의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(갑상선의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의3 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈비침습 방광암 예시〉



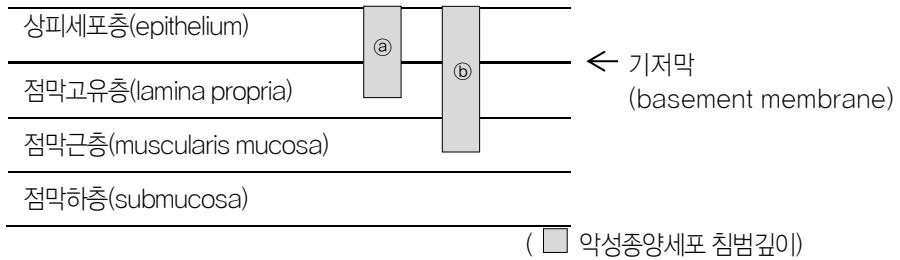
- ② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈대장점막내암 예시〉



- ① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
- ② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

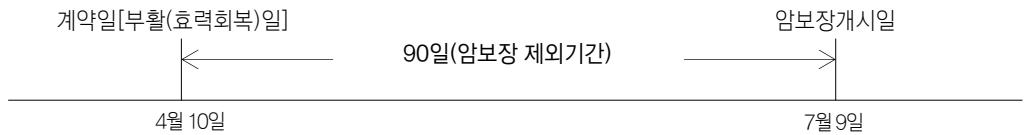
제2-1조의5 [“항암세기조절방사선치료” 및 “항암방사선치료”的 정의]

- ① 이 특약에서 “항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)”라 함은 제2항에서 정한 “항암방사선치료” 중, 피보험자의 「암, 기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 “세기조절방사선치료 법(방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료)”을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.
- ② 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 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.

제2-1조의6 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 간신계약의 경우는 간신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의2(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 최초 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 간신계약의 암 보장개시일은 간신일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 간신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일] 현재 피보험자가 15세 미만인 경우, 암보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]로 하며, 간신계약의 암보장개시일은 간신일로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



- ※ 기타피부암 또는 갑상선암의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.
- ※ 피보험자가 15세 미만인 경우 암보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “항암세기조절방사선치료보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 「최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 “기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “항암세기조절방사선치료”를 받은 경우 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50% (단, 최초계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 1년 이내 보험금 감액은 적용하지 않습니다.)

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ② 제1항의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우 또는 최초계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 적용하지 않습니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5 항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제 기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 암보장개시일 이후 보험료 납입기간 중 피보험자가 암(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장

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

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 항암방사선치료증명서, 질병진단서, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 ["특약의 무효"에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보험개시일의 전일 이전에 제2-1조의2("암" 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-10조의4 ["보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지"의 특칙]

제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항과 관련하여 이 특약의 보험료 납입이

면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약의 보험료 납입이 면제되는 동안에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "항암세기조절방사선치료보험금"의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제2-12조의2 [“특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입”에 관한 특칙]

제1-11조(특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입) 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 태아인 경우 최초계약에 한해 제1-11조(특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입) 제1항의 기간(출생시점부터 기산된 기간을 말합니다)에 주계약의 태아가입특칙에서 정한 “태아보장기간”을 추가로 부가합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 경우에는 「출생예정일 이후에 해당하는 보험기간에 대해 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)」를 계약자에게 지급합니다.
 1. 주계약을 체결할 때 피보험자가 될 자가 태아(胎兒)인 경우
 2. 특약의 해지 시점이 출생예정일 이후인 경우
 3. 특약의 해지 시점이 피보험자가 될 자가 출생하기 전인 경우
- ③ 제2항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 ‘태아가 출생하기 전’임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 태아가입특칙이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대해서도 태아가입특칙을 적용합니다.

별표 1

악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·

사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표2

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

별표3

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
----	--

항암양성자방사선치료특약N5(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “5”는 “갱신주기 5년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 5년 만기(피보험자가 될 자가 태아인 경우 최초계약에 한해 주계약의 태아가입특칙에서 정한 "태아보장기간"을 추가) 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
 - 가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 나. 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병
 - 다. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

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

설명

<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

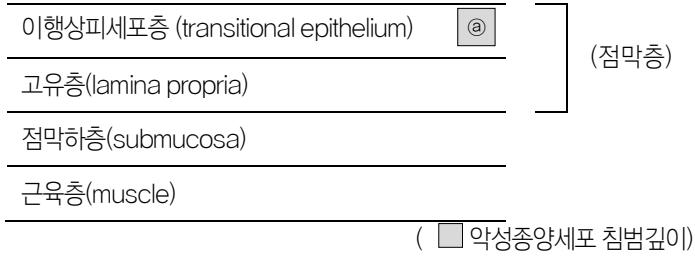
C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(기타 피부의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(갑상선의 악성신생물 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단 확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의3 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈비침습 방광암 예시〉



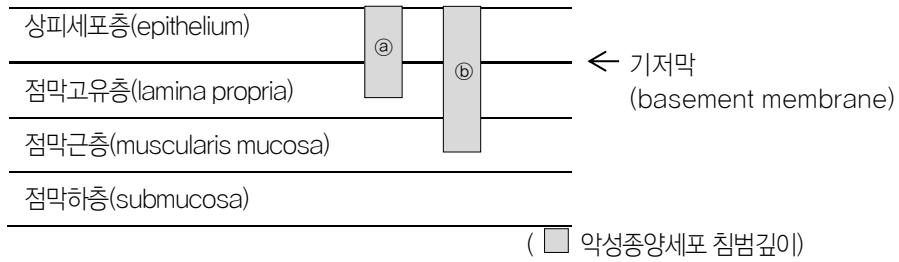
- ② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

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

〈대장점막내암 예시〉



Ⓐ 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

Ⓑ 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

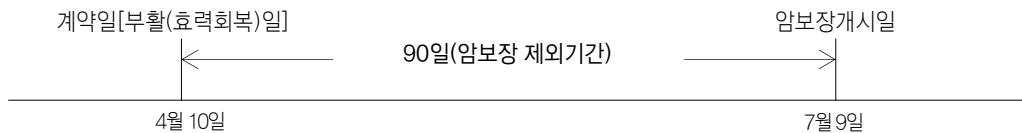
제2-1조의5 [“항암양성자방사선치료” 및 “항암방사선치료”의 정의]

- ① 이 특약에서 “항암양성자방사선치료”라 함은 제2항에서 정한 “항암방사선치료” 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 「암, 기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 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.

제2-1조의6 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의2(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 최초 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약에서 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일] 현재 피보험자가 15세 미만인 경우, 암보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]로 하며, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



- ※ 기타피부암 또는 갑상선암의 경우 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.
- ※ 피보험자가 15세 미만인 경우 암보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “항암양성자방사선치료보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 「최초계약의 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 “기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “항암양성자방사선치료”를 받은 경우 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50% (단, 최초계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 1년 이내 보험금 감액은 적용하지 않습니다.)

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ② 제1항의 보험금 감액과 관련된 사항은 간접계약의 경우 또는 최초계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 적용하지 않습니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유점3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

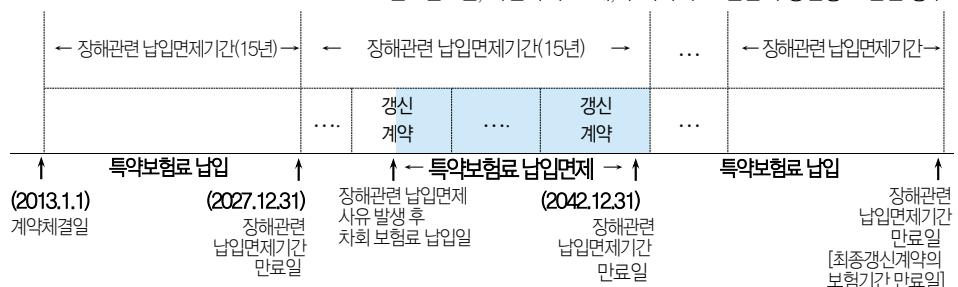
제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 간접 계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 간접형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유점2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 간접 계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5 항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 암보장개시일 이후 보험료 납입기간 중 피보험자가 암(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑧ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2~5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2~4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장

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

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 항암방사선치료증명서, 질병진단서, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)"에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 ["특약의 무효"에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의 2("암"등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-10조의4 ["보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지"의 특칙]

제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] 제2항과 관련하여 이 특약의 보험료 납입이

면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우에는 이 특약의 보험료 납입이 면제되는 동안에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.	

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "항암양성자방사선치료보험금"의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제2-12조의2 [“특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입”에 관한 특칙]

제1-11조(특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입) 제1항에도 불구하고 특약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 태아인 경우 최초계약에 한해 제1-11조(특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입) 제1항의 기간(출생시점부터 기산된 기간을 말합니다)에 주계약의 태아가입특칙에서 정한 “태아보장기간”을 추가로 부가합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 경우에는 「출생예정일 이후에 해당하는 보험기간에 대해 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)」를 계약자에게 지급합니다.
 1. 주계약을 체결할 때 피보험자가 될 자가 태아(胎兒)인 경우
 2. 특약의 해지 시점이 출생예정일 이후인 경우
 3. 특약의 해지 시점이 피보험자가 될 자가 출생하기 전인 경우
- ③ 제2항에 따라 특약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 ‘태아가 출생하기 전’임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 태아가입특칙이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대해서도 태아가입특칙을 적용합니다.

별표 1

악성신생물 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
----	--

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·

사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표2

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

별표3

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

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

② 진단시점에 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

허혈심장질환입원특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “허혈심장질환입원특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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 [“허혈심장질환”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(허혈심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “허혈심장질환”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사 및 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

용어	<심전도 검사>
해설	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.
	<관상동맥촬영술>
	관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.

<심장 효소 검사>

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.

제2-1조의4 [“입원”의 정의와 장소]

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

제2-1조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등**제2-2조 [보험금의 지급사유]**

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”的 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”的 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때
지급금액	3일초과 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2% (단, 1회 입원당 120일 한도)

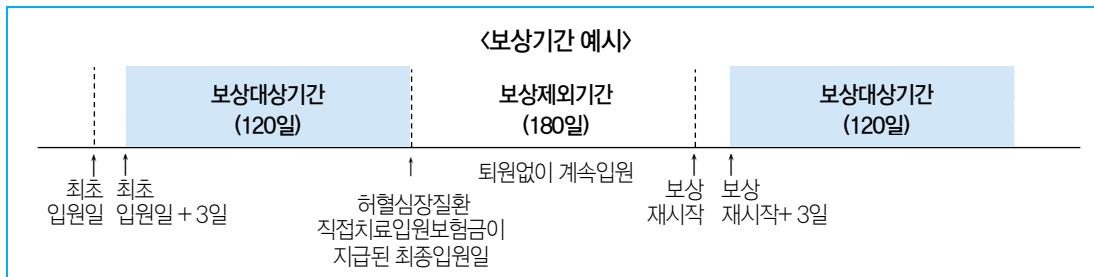
제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”이 지급된 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”을 지급합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조) 상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생 장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의

장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 해당 질병입원증명서, 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때, 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실증선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실증기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.	
	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지		0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지		10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지		20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지		30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지		40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후		50%

<2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시>

· 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일 0%
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일 10%
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일 20%
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일 30%
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일 40%
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후 50%

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항

1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로가입할 수 있는 보험상품입니다.
2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2~15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**허혈심장질환 분류표**

① 약관에 규정하는 '허혈심장질환으로 분류되는 질병'은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 협심증	I20
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
· 기타 급성 허혈심장질환	I24
· 만성 허혈심장병	I25

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
-----------	--

허혈심장질환입원특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“허혈심장질환”的 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(허혈심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “허혈심장질환”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사 및 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

용어	<심전도 검사>
해설	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.
	<관상동맥촬영술>
	관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
	<심장 효소 검사>
	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.

제2-1조의3 [“입원”의 정의와 장소]

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

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후 “허혈심장질환”으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 최초 3일을 제외한 입원 일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2%를 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”으로 지급합니다.

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”이 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

〈보상기간 예시〉

보상대상기간 (120일)	보상제외기간 (180일)	보상대상기간 (120일)
↑ 최초 입원일 입원일 + 3일	↑ 허혈심장질환 직접치료입원보험금이 지급된 최종입원일	↑ 퇴원없이 계속입원 보상 재시작 재시작+ 3일

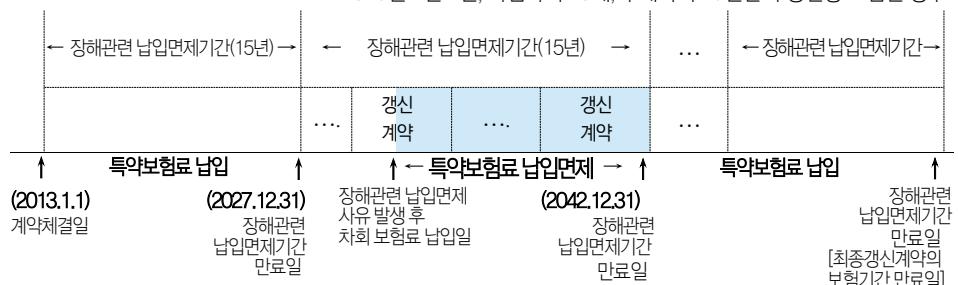
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 계속 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”을 지급합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 “허혈심장질환 직접치료입원보험금”의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 ‘주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간’ 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터

180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 해당 질병입원증명서, 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

- ⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.
- ⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
 - 다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - 가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
 - 나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우
 - 단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준

비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**허혈심장질환 분류표**

① 약관에 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 협심증	I20
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
· 기타 급성 허혈심장질환	I24
· 만성 허혈심장병	I25

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준 질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	--

허혈심장질환진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해지환급금형) 및 2종(유해지환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 종도에 해지될 경우 해지환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해지환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “허혈심장질환진단특약D(무배당, 무해지환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해지환급금형)을 “유해지환급금형 상품”이라 하며, “유해지환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

- ※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

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

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

① 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“허혈심장질환”的 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(허혈심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “허혈심장질환”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사 및 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “허혈심장질환”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “허혈심장질환”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어	<심전도 검사>
해설	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.
	<관상동맥촬영술>
	관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
	<심장 효소 검사>
	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.

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단 확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “허혈심장질환 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “허혈심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

② 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 - 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 - 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1~4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사 결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.
② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.
2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개 월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해지환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회

사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때, 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, "보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "허혈심장질환 진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해지환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해지환급금은 2종(유해지환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해지환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	<ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">0%</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">10%</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">20%</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">30%</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">40%</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">50%</td></tr> </tbody> </table>	기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%		
기간	2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형) 해지환급금 비율																
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	0%																
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	10%																
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	20%																
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	30%																
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	40%																
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	50%																
〈2종(유해지환급금형) 대비 1종(무해지환급금형)의 경과기간별 해지환급금 비율 예시〉																	
<ul style="list-style-type: none"> · 계약일 2016년 1월 1일, 납입기간 20년 일 때의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종 대비 1종 해지환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2040년 1월 1일 이후</td></tr> </tbody> </table>			기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일	「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일	「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일	「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일	「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후	
기간	2종 대비 1종 해지환급금 비율																
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일																
「보험료 납입기간」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+1년」 계약해당일의 전일까지	2036년 1월 1일 ~ 2036년 12월 31일																
「보험료 납입기간+1년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+2년」 계약해당일의 전일까지	2037년 1월 1일 ~ 2037년 12월 31일																
「보험료 납입기간+2년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+3년」 계약해당일의 전일까지	2038년 1월 1일 ~ 2038년 12월 31일																
「보험료 납입기간+3년」 계약해당일부터 「보험료 납입기간+4년」 계약해당일의 전일까지	2039년 1월 1일 ~ 2039년 12월 31일																
「보험료 납입기간+4년」 계약해당일 이후	2040년 1월 1일 이후																

- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지

급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<p>1. 이 특약의 1종(무해지환급금형)은 해지율을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약 해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해지환급금이 2종(유해지환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해지환급금형)보다 낮은 보험료로가입할 수 있는 보험상품입니다.</p> <p>2. 해지율이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.</p>
------	---

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**허혈심장질환 분류표**

① 약관에 규정하는 '허혈심장질환으로 분류되는 질병'은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 협심증	I20
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
· 기타 급성 허혈심장질환	I24
· 만성 허혈심장병	I25

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

허혈심장질환진단특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(허혈심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “허혈심장질환”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사 및 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “허혈심장질환”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 “허혈심장질환”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어

해설

〈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.

〈관상동맥촬영술〉

관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.

〈심장 효소 검사〉

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.

제2-1조의3 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “허혈심장질환 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	최초계약의 계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 최초계약의 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “허혈심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

② 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 최초계약의 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

③ 제2항의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

④ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

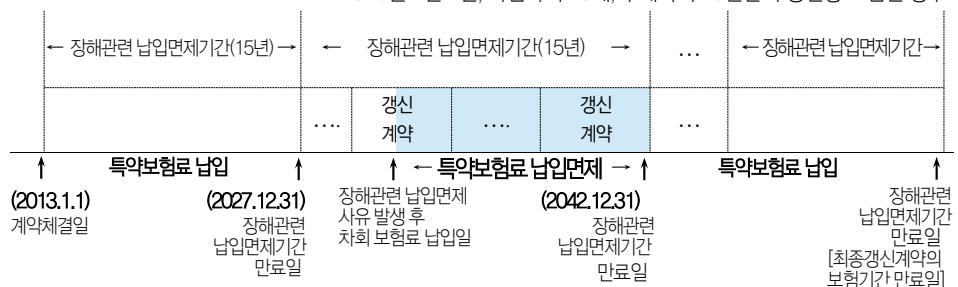
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

⑥ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

⑦ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의

파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이 하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우

(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, “최대 80세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 80세 계약해당일의 전일로 하며, “최대 100세 갱신형”의 경우 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 “주계약의 보험기간”이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회

사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "허혈심장질환 진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

③ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

허혈심장질환 분류표

① 약관에 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 협심증	I20
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
· 기타 급성 허혈심장질환	I24
· 만성 허혈심장병	I25

(주) 제9차 개정 이후 0 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “허혈심장질환으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	--

혈전용해치료보장특약N15(갱신형,무배당) 약관

※ 상품명칭의 “15”는 “갱신주기 15년”을 의미합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 15년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제2-10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 15년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2-1조의2 [“급성뇌경색증”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “급성뇌경색증(acute infarction)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[뇌경색증 분류표]에서 정한 질병으로 과거 무증상성 열공성 뇌경색(old asymptomatic lacunar infarction), 진구성뇌경색(old infarction) 및 일과성허혈발작(transient ischemic attack)은 제외합니다.
- ② “급성뇌경색증”的 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의사(치과의사 및 한의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 특이적 증상과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 뇌자기공명영상(brain MRI)검사를 기초로 하여야 합니다.

제2-1조의3 [“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”的 진단 확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 특이적 증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사를 기초로 하여야 합니다.

용어	<심전도 검사>
해설	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.

<관상동맥촬영술>

관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.

<심장 효소 검사>

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.

제2-1조의4 [“혈전용해치료”의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 “혈전용해치료”라 함은 의사가 피보험자의 “급성뇌경색증” 및 “급성심근경색증”的 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 “뇌혈관” 및 “심혈관” 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
② 제1항에서 “혈전용해제”라 함은 “뇌혈관” 및 “심혈관” 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

제2-1조의5 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제 2 관 보험금 지급 등**제2-2조 [보험금의 지급사유]**

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 2개의 세부보장(이하 “세부보장”이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래 보험금을 지급합니다. (각각 최초 1회에 한하여 지급합니다)

1. 급성뇌경색증혈전용해치료보험금

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “급성뇌경색증”으로 진단받고 이 특약의 보험기간 중 “혈전용해치료”를 받았을 때(최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 20%

2. 급성심근경색증혈전용해치료보험금

지급사유	피보험자가 최초계약의 보장개시일 이후에 “급성심근경색증”으로 진단받고 이 특약의 보험기간 중 “혈전용해치료”를 받았을 때(최초 1회에 한함)
지급금액	특약보험가입금액의 20%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1~5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되는 경우에는 주계약의 보험료가 납입 면제되는 기간에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에서 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

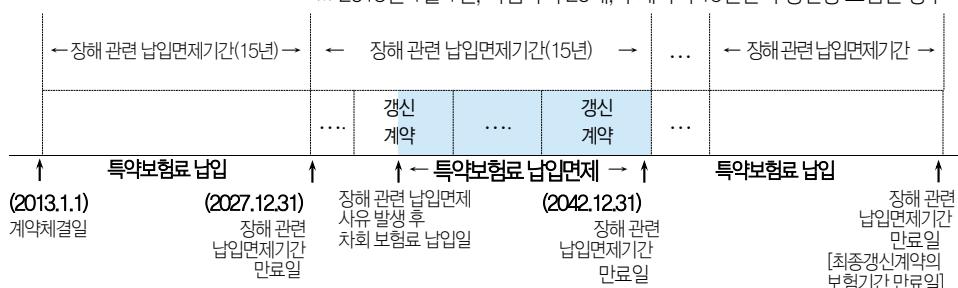
③ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특약이 갱신형 주계약에 부가되어 피보험자가 제3항에서 정한 장해상태가 되었을 경우 제5항에서 정한 「장해 관련 납입면제기간」에 한하여 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 「장해 관련 납입면제기간」 이후에는 이 특약의 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 또한, 피보험자가 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 원인이 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험료의 납입을 면제한 장해상태가 된 원인과 동일한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑤ 「장해 관련 납입면제기간」은 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」을 주기로 하며, 「장해 관련 납입면제기간」 만료일의 다음 날부터 제2~10조의2(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 남은 기간이 「주계약의 최초계약을 체결할 때 정한 보험기간」 미만일 경우에는 그 남은 기간을 「장해 관련 납입면제기간」으로 합니다.

〈장해 관련 납입면제기간 예시〉

※ 2013년 1월 1일, 가입나이 20세, 주계약이 15년만기 갱신형 보험인 경우



※ 특약보험료 납입 : 이 기간 동안 특약보험료를 납입해야 합니다.

※ 특약보험료 납입면제 : 이 기간 동안 특약보험료의 납입이 면제됩니다.

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

⑦ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제3항 및 제4항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명, 혈전치료 일자 및 내용 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [“특약의 체결”에 대한 특칙]

이 특약을 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장을 가입해야 합니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간 만료일로 합니다. 단, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제2항에서 "주계약의 보험기간"이란 주계약 체결 시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 연금보험의 경우에는 연금개시 전 보험기간, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간으로 합니다. 이하 같습니다.

④ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우

2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이와 갱신 시의 기초율을 적용하여 계산합니다[단, 이 특약의 보험료 납입면제를 위한 보험료 등은 이 특약의 사업방법서와 “보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정한 바에 따라 계산합니다]. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 이 특약의 보험기간 만료일까지 효력을 가지며, 회사는 계약자에게 이 특약의 보험기간 만료일 당시의 책임준비금이 있는 경우 해당금액을 지급합니다.

⑧ 제7항의 책임준비금은 산출방법서에 따라 계산하여 이 특약의 보험기간 만료일 이후 지급되며, 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 제2-14조(해지환급금)에서 정한 해지환급금에 대한 이자계산방식과 같게 계산합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금이 지급된 세부보장은 갱신되지 않습니다.

⑩ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제2-10조의3 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험일 때에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되), 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로

봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

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

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 각 세부보장별 보험가입금액을 동일한 비율로 감액하며, 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보아 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해지환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해지환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

④ 제1항 제2호의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1~4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제1~5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제2-12조의2 [“특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입”에 관한 특칙]

제1-11조(특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입)에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 제2-12조(특약의 소멸) 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후의 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다. 다만, 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입해야 합니다.

제2-12조의3 [“보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)”에 관한 특칙]

제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 정약할 때, 계약자는 모든 세부보장에 대해 부활(효력회복)을 청약해야 합니다. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 세부보장은 제외 합니다.

제4관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 특약의 특정 세부보장만을 해지할 수 없습니다.

제2-14조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 5 관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

뇌경색증 분류표

① 약관에 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다. 다만, 과거 무증상성 열공성 뇌경색(old asymptomatic lacunar infarction), 진구성뇌경색(old infarction) 및 일과성허혈발작(transient ischemic attack)은 제외합니다.

대상 질병명	분류번호
· 뇌경색증	I63

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

별표2

급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 급성 심근경색증	I21

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고 발생
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병 진단

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 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 악수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킬장해
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.
반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.
----	---

3. 위 「1. 재해의 정의 ②」에 해당하는 감염병 진단은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ⑥」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

총칙**1. 장해의 정의**

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손 상태 및 기능 상실 상태를 말합니다. 다만, 질병과 부상의 주 증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않습니다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가능성이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손 상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말합니다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말합니다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시 장해의 장해지급률로 정합니다.
- 5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간[계약(특약)의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약(특약)은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약(특약)은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내]에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

2. 신체 부위

'신체 부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체 부위라 합니다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체 부위로 봅니다.

3. 장해의 판정

- 1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- 2) 동일한 신체 부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 장해지급률을 적용함을 원칙으로 합니다. 그러나 각 신체 부위별 판정 기준도 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- 4) 의학적으로 뇌사 판정을 받고 호흡 기능과 심장박동 기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않습니다. 다만, 뇌사 판정을 받은 경우가 아닌 식물인간 상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 향시 간호가 필요한 상태)는 각 신체 부위별 판정 기준에 따라 평가합니다.
- 5) 장해 진단서에는 ① 장해 진단명 및 발생 시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 항후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 합니다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 합니다.

 장해분류별 판정 기준**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 운동 장애나 뚜렷한 조절 기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야 장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장해를 남긴 때	5

나. 장해판정 기준

- 1) 시력 장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정합니다.
- 2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정 수단)으로 교정한 원거리 최대 교정 시력을 말합니다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가합니다.
- 3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 기릴 수 있는 경우('광각유')를 말합니다.
- 4) '한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때'라 함은 안전 수동(Hand Movement)^{주1}, 안전 수지(Finger Counting)^{주2} 상태를 포함합니다.
※ 주1) 안전 수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
주2) 안전 수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동 장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가합니다.
- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동 장해'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동 범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절 기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말합니다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해 진단 시 연령 기준)의 경우는 제외합니다.
- 8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말합니다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야 장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야 범위 합계를 정상 범위와 비교하여 평가합니다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말합니다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말합니다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산됩니다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요돌(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 가산합니다.
- 12) 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않습니다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용합니다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 1) 청력 장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용합니다. 다만, 각 측정치의 결값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 합니다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말합니다.
- 3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말합니다.
- 4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말합니다.
- 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 평가합니다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말합니다.
- 2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습) 장해로만 평가합니다.

라. 평형기능의 장해

- 1) '평형기능에 장해를 남긴 때' 라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산 점수가 30점 이상인 경우를 말합니다.

항목	내용	점수
검사 소견	1) 양측 전정 기능 소실	14
	2) 양측 전정 기능 감소	10
	3) 일측 전정 기능 소실	4
치료 병력	1) 장기 통원치료(1년간 12회 이상)	6
	2) 장기 통원치료(1년간 6회 이상)	4
	3) 단기 통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	4) 단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	0
기능장애 소견	1) 두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	2) 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	3) 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 종양에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌 병변 여부, 전정 기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 합니다.

- 가) 뇌영상검사(CT, MRI)
나) 온도 안진 검사, 전기 안진 검사(또는 비디오 안진 검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡 기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각 기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정 기준

- 1) '코의 호흡 기능을 완전히 잃었을 때' 라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨 쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도 검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말합니다.
- 2) '코의 후각 기능을 완전히 잃었을 때' 라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각 기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않습니다.
- 3) 양쪽 코의 후각 기능은 후각인지 검사, 후각역치 검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전 손실이 확인되어야 합니다.
- 4) 코의 추상(추한 모습) 장해를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산합니다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어 먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어 먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 밀하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어 먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어 먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어 먹는 기능과 밀하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어 먹는 기능 또는 밀하는 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. 장해판정 기준

- 1) 씹어 먹는 기능의 장해는 윗니(상악 치아)와 아랫니(하악 치아)의 맞물림(교합), 배열 상태 및 아래턱의 개구 운동, 삼킴(연하) 운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정합니다.
- 2) '씹어 먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구 운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말합니다.
- 3) '씹어 먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 뚜렷한 개구 운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치) 간 최대 개구 운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 양측 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하 기능 검사(비디오 투시 검사) 상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어 먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 약간의 개구 운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구 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) 연하 기능 검사(비디오 투시 검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구 장해는 턱관절의 이상으로 개구 운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구 상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치) 간 거리를 기준으로 합니다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정 가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 합니다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악 치아)와 아랫니(하악 치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말합니다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 언어평가상 자음 정확도가 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 말합니다.
 - 가) 언어평가상 자음 정확도가 50% 미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현 언어 지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 언어평가상 자음 정확도가 75% 미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현 언어 지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가합니다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지 기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음 장애) 또는 씹어 먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그중 높은 지급률을 하나만 인정합니다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 벌지된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관 치료(크라운 보철 수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용합니다.
- 13) 보철치료를 위해 벌지한 정상치아, 노화로 인해 자연 벌지된 치아, 보철(복합레이저, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않습니다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열 구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정합니다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 장해로 평가합니다.
- 16) 가칠성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 장해의 대상이 되지 않습니다.

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. 장해판정 기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말합니다.
- 2) '추상(추한 모습) 장해' 라 함은 성형수술(반흔 성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말합니다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때' 라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말합니다.
- 4) 다발성 반흔 발생 시 각 판정 부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가합니다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산 대상에서 제외합니다.
- 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 산정합니다.

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) 자름 5cm 이상의 조직 함몰
 - 라) 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손
 - 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 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 자름 2cm 이상의 조직 함몰
 - 라) 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손
 - 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 $8 \times 10\text{cm}$ (1/2 크기는 40cm^2 , 1/4 크기는 20cm^2), 6~11세의 경우는 $6 \times 8\text{cm}$ (1/2 크기는 24cm^2 , 1/4 크기는 12cm^2), 6세 미만의 경우는 $4 \times 6\text{cm}$ (1/2 크기는 12cm^2 , 1/4 크기는 6cm^2)로 간주합니다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동 장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동 장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동 장해를 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) 주간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 주간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 주간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정 기준

- 1) 척추(등뼈)는 경주에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 합니다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가합니다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형 장해는 척추체(척추뼈 몸통)을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외합니다. 이하 이 신체 부위에서 같습니다)의 압박률 또는 척추 체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가합니다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 변화는 객관적인 측정 방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추 체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상 만곡을 고려하여 평가합니다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형 장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정합니다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비율 압박률로 정합니다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형 장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경주부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동 단위로 보며, 하나의 운동 단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동 단위에서 장해가 발생한 경우에는 그중 가장 높은 지급률을 적용합니다.
- 3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가합니다.
- 4) 주간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가합니다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극 증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 주간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동 장해 및 기형 장해로 평가하지 않습니다.
- 6) 심한 운동 장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 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 운동 장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 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 상위 목뼈(상위 경주: 제1, 2경주) 사이에 CT 검사상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단 사이의 거리 (BDI : Basiion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태
 - 라) 상위 목뼈(상위 경주: 제1, 2경주) CT 검사상, 환주 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동 장해

머리뼈(두개골)와 상위 목뼈(상위 경주: 제1, 2경주)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 말합니다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 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 말합니다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

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

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

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

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증'으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경 증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증'으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경 생리 검사에서 명확한 신경근 병증의 소견이 지속되고 척추 신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증'으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근 병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 기슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정 기준

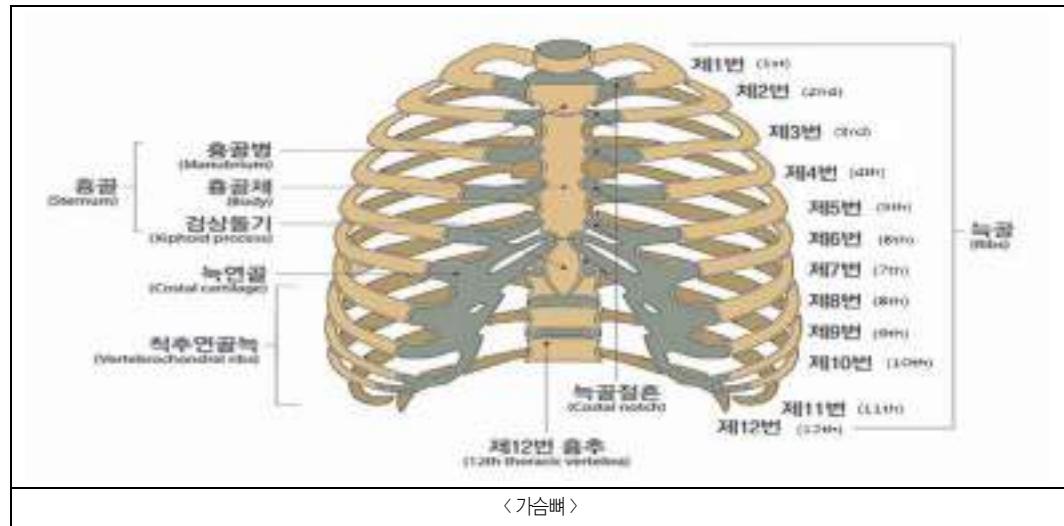
- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.

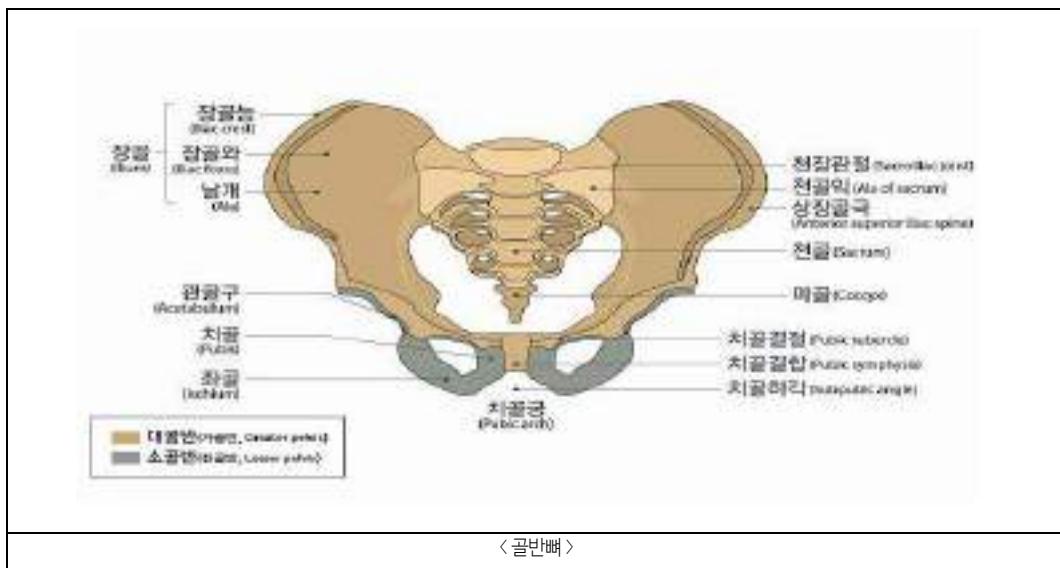
2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.

 - 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 경우 우를 말합니다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급합니다. 다발성 늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가합니다.





8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.

3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목 관절(완관절)까지를 말합니다.

4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치 관절(주관절), 손목 관절(완관절)을 말합니다.

5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목 관절(완관절)부터(손목 관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.

6) 팔의 관절 기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동 범위 제한 등으로 평가합니다.

가) 각 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.

나) 관절 기능장애를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 합니다. 단, 관절 기능장애가 신경 손상으로 인한 경우에는 운동 범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가합니다.

7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남기 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/4 이하로 제한된 경우
- 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- 다) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 균력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 균력이 '2등급(poor)'인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 균력이 '3등급(fair)'인 경우
- 11) '가관절^(*)'이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외합니다.
- 12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때' 라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
- 13) '뼈에 기형을 남긴 때' 라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각변형이 15° 이상인 경우를 말합니다.
- 다. 지급률의 결정
- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
 - 2) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 합니다.

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
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
- 3) '다리' 라 함은 엉덩이 관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말합니다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이 관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말합니다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때' 라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.
- 6) 다리의 관절 기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동 범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가합니다.
 - 가) 각 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 기능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.
 - 나) 관절 기능장애가 신경 손상으로 인한 경우에는 운동 범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가합니다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)

- 나) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 균력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 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 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 균력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 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 도수근력 검사(MMT)에서 균력이 '2등급(poor)'인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 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 도수근력 검사(MMT)에서 균력이 '3등급(fair)'인 경우
- 11) 동요 장해 평가 시에는 정상 측과 환 측을 비교하여 증가된 수치로 평가합니다.
- 12) '가관절^주이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
- * 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외합니다.
- 13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때' 라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
- 14) '뼈에 기형을 남긴 때' 라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말합니다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정합니다.

다. 지급률의 결정

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

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

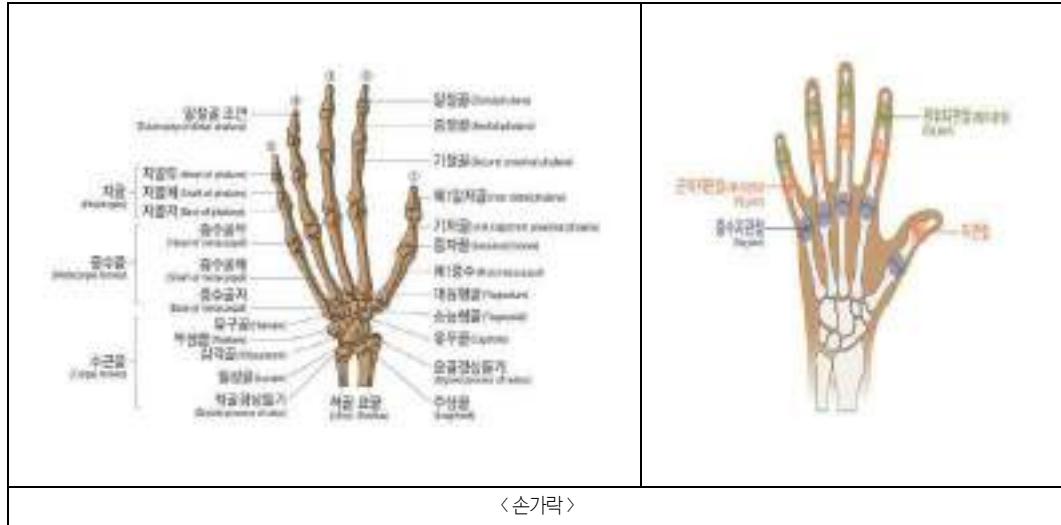
나. 장해판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락 관절이 있습니다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지 관절, 지관절이라 합니다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락 관절이 있습니다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지 관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부릅니다.
- 5) '손가락을 잃었을 때' 라 함은 첫째 손가락에서는 자관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지 관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말합니다.
- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때' 라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 면 쪽으로 손가락뼈의 일부 가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않습니다.
- 7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지 관절 또는 자관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동 기능 영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중

수지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말합니다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.

9) 손가락의 관절 기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동 범위 제한 등으로 평가합니다. 각 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.



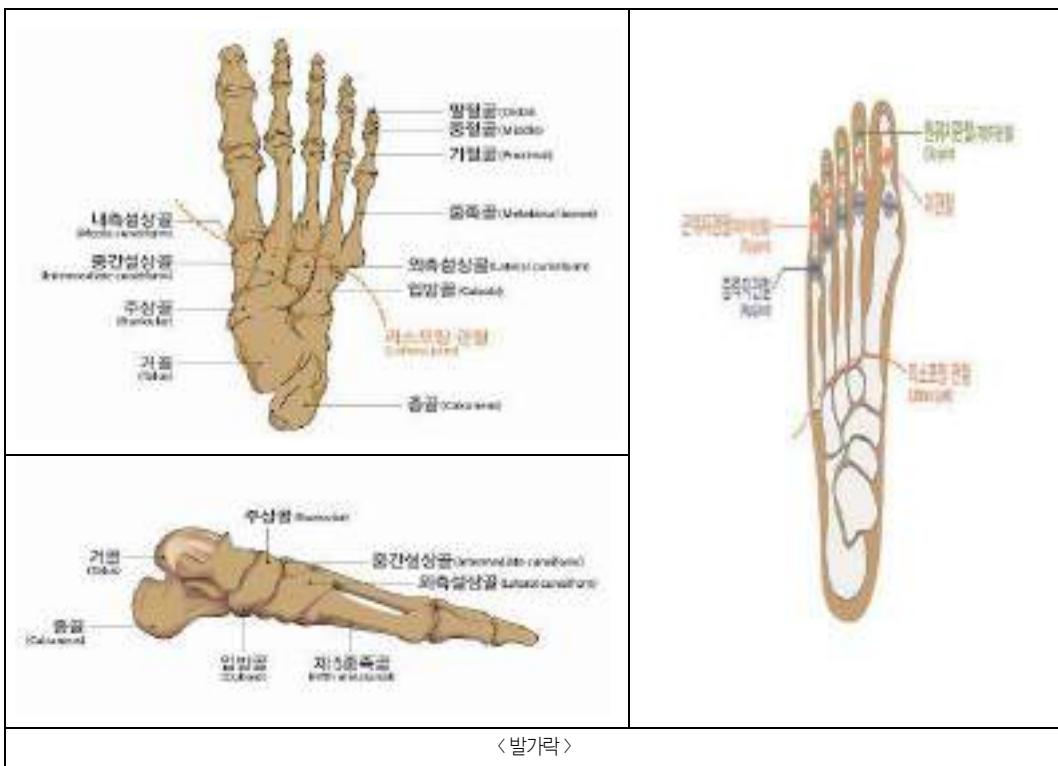
11. 발가락의 장해

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. 장해판정 기준

- 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
- '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 자관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말합니다.
- 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골 간 관절 이상에서 절단된 경우를 말합니다.
- '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않습니다.
- '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동 범위 합계가 정상 운동 가능 영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/20으로 제한된 경우를 말합니다.
- 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
- 발가락 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.



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 판정 기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말합니다.
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생도록 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 말합니다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장, 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 말합니다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능 상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장 절제, 항문 팔약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료 과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도 팔약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도 팔약근을 설치한 경우

- 5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
- 가) 방광의 용량이 500cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐 질환 또는 폐 부분 절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상 예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨 생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않습니다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨 생식기계 장해 항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 「불임」 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해지급률을 준용합니다.
- 8) 상기 장해 항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성 간질환, 만성폐쇄성 폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않습니다.

13. 신경계 · 정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정 기준

1) 신경계

- 가) '신경계에 장해를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 「불임」 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표'의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말합니다.
- 나) 위 가)의 경우 「불임」 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표' 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장 대상이 되는 장해로 인정하지 않습니다.
- 다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체 부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그중 높은 지급률을 적용합니다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환들은 별병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가합니다. 그러나, 12개월이 지난다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보합니다.

마) 장해 진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 합니다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동 장해는 보험기간 중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 합니다. 다만, 질병 발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병 발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있습니다.
- 나) 정신행동 장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않습니다.
- 다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말합니다.
- 라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말합니다.
- 마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정

도 판정 기준」의 「능력 장애측정 기준」^{주)}상 6개 항목 중 3항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말합니다.

※ 주) 능력 장애측정 기준의 항목 : ⑦ 적절한 음식 섭취, ⑧ 대소변 관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ⑨ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ⑩ 규칙적인 통원약물 복용, ⑪ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ⑫ 대중교통이나 일반 공공시설의 이용

비) 「정신행동에 약간의 장해를 남긴 때」라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도 판정 기준」의 「능력 장애측정 기준」상 6개 항목 중 2항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말합니다.

사) 「정신행동에 경미한 장해를 남긴 때」라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도 판정 기준」의 「능력 장애측정 기준」상 6개 항목 중 2항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말합니다.

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

자) 심리학적 평가 보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시돼야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 합니다.

차) 정신행동 장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말합니다.

카) 정신행동 장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌 자기공명촬영, 뇌전산화 촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가합니다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않습니다.

타) 각종 기질성 정신 장해와 외상 후 간질에 한하여 보상합니다.

파) 외상 후 스트레스 장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성 장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않습니다.

3) 치매

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

나) 치매의 장해 평가는 임상적인 증상뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단돼야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가합니다. 다만, 진단 시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가합니다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상 치매 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사 결과에 따릅니다.

4) 뇌전증(간질)

가) 「뇌전증(간질)」이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식 장해 등)을 반복하는 것을 말합니다.

나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(향전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 합니다.

다) 「심한 간질발작」이라 함은 월 8회 이상의 중증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡 장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지 장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말합니다.

라) 「뚜렷한 간질발작」이라 함은 월 5회 이상의 중증 발작 또는 월 10회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말합니다.

마) 「약간의 간질발작」이라 함은 월 1회 이상의 중증 발작 또는 월 2회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말합니다.

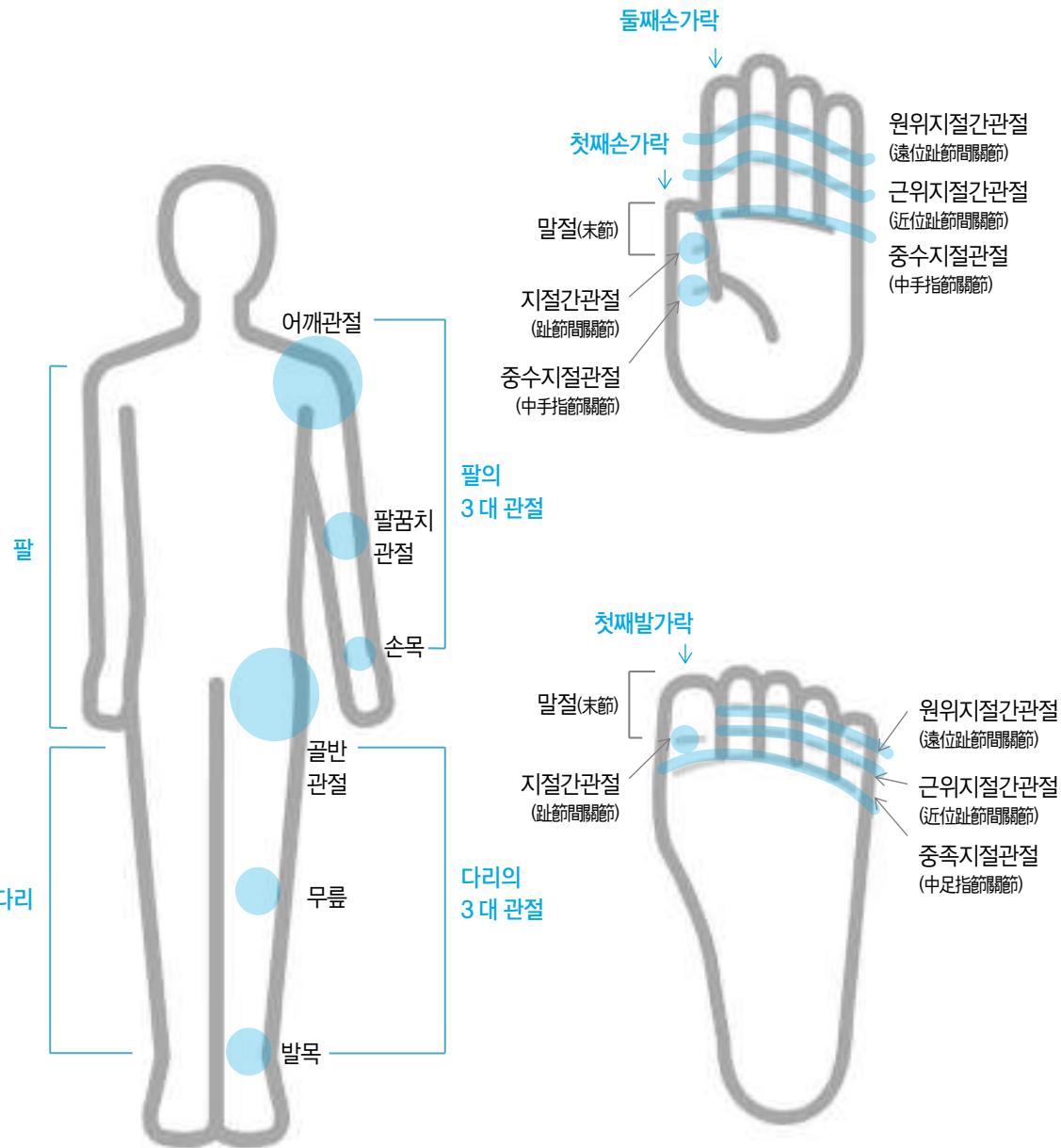
바) 「중증 발작」이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로서 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식 장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말합니다.

사) 「경증 발작」이라 함은 운동 장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 회복되는 발작을 말합니다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표

유형	제한 정도에 따른 자급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동 시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 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 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 투브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급 을 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	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돋기 위해 설치한 의료장치나 외과적 사술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입 상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요 한 상태 또는 간헐적으로 자가 인공 도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 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 시행 가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈이 가능 한 상태(5%) - 상, 하의 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세 동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무 리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

신체부위의 설명도



보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구분	적립기간	적립 이율
보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용 시 제1~5조(보험금 지급 등의 절차) 제2항 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.

고지우량체할인특약(무배당) 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 [특약의 체결 및 소멸]

- ① 이 특약은 회사가 별도로 정하는 주계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 같습니다)을 체결할 때 또는 주계약의 보험기간 중 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② '주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우' 또는 '이 특약의 피보험자가 사망한 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제2조 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 청약한 이후의 해당 보험료부터 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에 정한 바에 따라 "우량체 I 위험률"로 계산한 보험요율이 적용됨으로써 보장이 개시됩니다.

설명	〈 우량체 I 위험률 〉 피보험자가 비흡연자로서 건강상태가 양호하여 회사가 정한 기준[제 4 조(피보험자의 가입자격)에서 정한 기준을 말합니다]에 충족하는 경우 적용되는 "사망률 또는 질병의 발생률"
----	--

제3조 [피보험자의 범위]

이 특약의 적용을 받는 피보험자는 이 특약이 부가되는 주계약에서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험금의 지급사유 발생대상이 되는 피보험자 중 회사의 승낙을 얻은 자로 합니다.

1. 주계약에서 정한 사망보험금
2. 주계약에서 정한 암 진단보험금
3. 주계약에서 정한 급성심근경색증 진단보험금
4. 주계약에서 정한 뇌출혈 진단보험금

제4조 [피보험자의 가입자격]

이 특약의 피보험자는 제 1 호에서 정한 건강상태와 제 2호에서 정한 피보험자의 가입자격을 모두 충족한 자로 합니다.

1. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 건강상태 요건은 다음과 같습니다.
 - 가. 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태로 사용(이하 "흡연(喫煙)"이라 합니다)하지 않은 자
 - 나. 체질량 지수(Body Mass Index, BMI) 수치[Kg / (m)²]가 20.0 이상이고 25.0 미만인 자 [체질량 지수 (Body Mass Index, BMI)란 체중(Kilogram)을 신장(Meter)의 제곱으로 나눈 값(Kg / (m)²)을 말합니다]
2. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 가입자격은 다음과 같습니다.
 - 가. 이 특약의 가입시점에 '특별조건부특약', '특정신체부위 · 질병보장제한부인수특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 자('특별조건부특약', '특정신체부위 · 질병보장제한부인수특약'을 부가하여 주계약을 가입하였으나 건강상태 호전 등으로 인하여 이 특약의 가입시점에 '특별조건부특약', '특정신체부위 · 질병보장제

한부인수특약을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 상태가 된 경우를 포함)
나. 이 특약 가입시점의 주계약 보험나이가 20세 이상인 자

제5조 [특약의 감액]

- ① 계약자가 회사의 정하는 바에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이 경우 감액분에 대하여 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 감액으로 인하여 보험가입금액이 회사에서 정한 주계약의 최저보험가입금액의 한도 미만이 되었을 때에는 이 특약은 해지되며, 주계약의 보험료는 감액일 이후 납입 해당분부터 주계약의 할인 전 보험료로 변경됩니다.

제6조 [흡연상태 및 흡연상태의 변경 등이 있을 때의 처리]

- ① 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 30일 이상 흡연을 한 경우에는 계약자 또는 피보험자는 자체 없이 회사에 이 사실을 서면으로 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
- ② 회사는 제 1 항의 서면통지를 받은 날부터 1개월 이내에 이 특약의 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산된 금액(이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금의 차이로 인하여 발생한 금액으로서, 이하 “정산차액”이라 합니다)을 계약자에게 추가 납입하도록 하며, 계약자는 「이 특약에 따라 할인된 보험료(이하 “우량체 보험료”라 합니다.)」와 동일한 기준(보험기간, 납입기간, 피보험자의 가입나이 등)으로 산출된 「이 특약의 적용 전 납입하여야 할 보험료(이하 “표준체 보험료”라 합니다.)」를 향후 납입보험료로 적용받고, 이 특약은 장래에 향하여 해지됩니다. 단, 보험료의 납입이 완료되거나 면제된 계약의 경우 계약자는 정산차액만을 추가 납입합니다.
- ③ 계약자가 제 2 항에서 정한 정산차액 및 표준체 보험료를 납입하지 않았을 경우 회사는 “우량체 보험료”의 “표준체 보험료”에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제 1 항의 통지의무를 30일 이상 늦추었을 경우에 회사는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 제 2 항 및 제 3 항을 준용하여 보험가입금액을 감액하고 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ⑤ 주계약의 보험기간 중 피보험자가 제 4 조(피보험자의 가입자격)에서 정한 피보험자의 자격이 있고 계약자가 이 특약을 청약한 때에 회사는 제 2 조(특약의 보장개시일)에 따라 보장을 합니다. 이 경우 계약자는 청약한 날 이후의 해당 보험료부터 “우량체 보험료”를 납입하며, 정산차액이 있을 때에는 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제7조 [계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- ① 계약자 또는 피보험자는 청약할 때 “보험료 할인조건 충족여부 확인서”에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 1 항의 질문사항을 알리지 않았거나 알고 있는 사실을 사실대로 알리지 않고 “표준체 보험료” 보다 적은 “우량체 보험료”를 납입한 경우에는 회사는 보험금 지급사유 발생과 관계없이 “우량체 보험료”의 “표준체 보험료”에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액하고, 이 특약을 해지합니다.

제3관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제8조 [해지환급금]

제5조(특약의 감액) 제1항에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액한 경우 감액분에 대한 해지환급금은 이 특약의 부가로 보험료가 할인 된 주계약에 해당하는 책임준비금을 기준으로 하여 계산합니다.

제9조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당특약이므로 계약자배당금이 없습니다.

제4 관 기타사항

제10조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

슈퍼우량체할인특약(무배당) 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 [특약의 체결 및 소멸]

- ① 이 특약은 회사가 별도로 정하는 주계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 같습니다)을 체결할 때 또는 주계약의 보험기간 중 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② '주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우' 또는 '이 특약의 피보험자가 사망한 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제2조 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 청약한 이후의 해당 보험료부터 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에 정한 바에 따라 "우량체II 위험률"로 계산한 보험요율이 적용됨으로써 보장이 개시됩니다.

설명	〈 우량체II 위험률 〉 피보험자가 비흡연자로서 건강상태가 양호하여 회사가 정한 기준[제 4 조(피보험자의 가입자격)에서 정한 기준을 말합니다]에 충족하는 경우 적용되는 "사망률 또는 질병의 발생률"
----	--

제3조 [피보험자의 범위]

이 특약의 적용을 받는 피보험자는 이 특약이 부가되는 주계약에서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험금의 지급사유 발생대상이 되는 피보험자 중 회사의 승낙을 얻은 자로 합니다.

1. 주계약에서 정한 사망보험금
2. 주계약에서 정한 암 진단보험금
3. 주계약에서 정한 급성심근경색증 진단보험금
4. 주계약에서 정한 뇌출혈 진단보험금

제4조 [피보험자의 가입자격]

이 특약의 피보험자는 제 1 호에서 정한 건강상태와 제 2호에서 정한 피보험자의 가입자격을 모두 충족한 자로 합니다.

1. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 건강상태 요건은 다음과 같습니다.
 - 가. 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태로 사용(이하 "흡연(喫煙)"이라 합니다)하지 않은 자
 - 나. 수축기혈압(SYSTOLIC)이 120mmHg 미만이고 이완기혈압(DIASTOLIC)이 80mmHg 미만인 자
 - 다. 체질량 지수(Body Mass Index, BMI) 수치[Kg / (m)제곱]가 20.0 이상이고 25.0 미만인 자 [체질량 지수(Body Mass Index, BMI)란 체중(Kilogram)을 신장(Meter)의 제곱으로 나눈 값(Kg / (m)제곱)을 말합니다]
 - 라. 공복 혈당수치가 100mg/dL 미만인 자

2. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 가입자격은 다음과 같습니다.

- 가. 이 특약의 가입시점에 '특별조건부특약', '특정신체부위·질병보장제한부인수특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 자('특별조건부특약', '특정신체부위·질병보장제한부인수특약'을 부가하여 주계약을 가입하였으나 건강상태 호전 등으로 인하여 이 특약의 가입시점에 '특별조건부특약', '특정신체부위·질병보장제한부인수특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 상태가 된 경우를 포함)
- 나. 이 특약 가입시점의 주계약 보험나이가 20세 이상인 자

제5조 [특약의 감액]

- ① 계약자가 회사의 정하는 바에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이 경우 감액분에 대하여 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 감액으로 인하여 보험가입금액이 회사에서 정한 주계약의 최저보험가입금액의 한도 미만이 되었을 때에는 이 특약은 해지되며, 주계약의 보험료는 감액일 이후 납입 해당분부터 주계약의 할인 전 보험료로 변경됩니다.

제6조 [흡연상태 변경통지 및 흡연상태의 변경 등이 있을 때의 처리]

- ① 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 30일 이상 흡연을 한 경우에는 계약자 또는 피보험자는 자체 없이 회사에 이 사실을 서면으로 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
- ② 회사는 제 1 항의 서면통지를 받은 날부터 1개월 이내에 이 특약의 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산된 금액(이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금의 차이로 인하여 발생한 금액으로서 이하 "정산차액"이라 합니다)을 계약자에게 추가 납입하도록 하며, 계약자는 「이 특약에 따라 할인된 보험료(이하 "우량체 보험료"라 합니다)」와 동일한 기준(보험기간, 납입기간, 피보험자의 가입나이 등)으로 산출된 「이 특약의 적용 전 납입하여야 할 보험료(이하 "표준체 보험료"라 합니다)」를 향후 납입보험료로 적용받고, 이 특약은 장래에 향하여 해지됩니다. 단, 보험료의 납입이 완료되거나 면제된 계약의 경우 계약자는 정산차액만을 추가 납입합니다.
- ③ 계약자가 제 2 항에서 정한 정산차액 및 표준체 보험료를 납입하지 않았을 경우 회사는 "우량체 보험료"의 "표준체 보험료"에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제 1 항의 통지의무를 30일 이상 늦추었을 경우에 회사는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 제 2 항 및 제 3 항을 준용하여 보험가입금액을 감액하고 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ⑤ 주계약의 보험기간 중 피보험자가 제 4 조(피보험자의 가입자격)에서 정한 피보험자의 자격이 있고 계약자가 이 특약을 청약한 때에 회사는 제 2 조(특약의 보장개시일)에 따라 보장을 합니다. 이 경우 계약자는 청약한 날 이후의 해당 보험료부터 "우량체 보험료"를 납입하며, 정산차액이 있을 때에는 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제7조 [계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- ① 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(건강진단을 받는 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) "보험료 할인조건 종족여부 확인서"에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 1 항의 질문사항을 알리지 않았거나 알고 있는 사실을 사실대로 알리지 않고 "표준체 보험료" 보다 적은 "우량체 보험료"를 납입한 경우에는 회사는 보험금 지급사유 발생과 관계없이 "우량체 보험료"의 "표준체 보험료"에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액하고, 이 특약을 해지합니다.
- ③ 제 2 항의 경우 회사에서 정한 절차에 따라 검사를 받고 우량체로 판정된 경우에는 적용하지 않습니다.

제3관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제8조 [해지환급금]

제 5 조(특약의 감액) 제 1항에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액한 경우 감액분에 대한 해지환급금은 이 특약의 부가로 보험료가 할인 된 주계약에 해당하는 책임준비금을 기준으로 하여 계산합니다.

제9조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당특약이므로 계약자배당금이 없습니다.

제4 관 기타사항

제 10조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

이륜자동차 및 원동기장치 자전거 운전 · 탑승부담보특약 약관

※ 이 특약은 계약을 체결할 때 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 적용하거나, 이미 계약을 체결한 후 '계약 전 알릴 의무 위반의 효과' 또는 '상해보험 계약 후 알릴 의무 위반의 효과' 등으로 회사가 보장을 제한할 경우 계약자의 동의를 얻어 이 특약을 적용합니다.

제1조 [특약의 체결 및 소멸]

- ① 이 특약은 회사가 별도로 정하는 보험계약(특약)이 부가된 경우에는 특약을 포함하며, 이하 '계약'이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약 또는 특약에 부가하여 이루어 집니다(이하 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약은 "해당 계약"이라 합니다).
- ② 이미 해당 계약을 체결한 후 '계약 전 알릴 의무 위반의 효과' 또는 '상해보험 계약 후 알릴 의무 위반의 효과' 등으로 회사가 보장을 제한할 경우에도, 회사는 계약자의 동의를 얻어 이 특약을 부가하여 해당 계약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 때, 계약자가 동의하지 않을 경우 회사는 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 이 특약은 피보험자가 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용[직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주기적으로 운전(탑승)을 포함합니다, 이하 같습니다]하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외]하는 경우에 한하여 부가됩니다.
- ④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당 계약의 보장개시일과 같습니다.
- ⑤ '해당 계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우' 또는 '이 특약의 피보험자가 사망한 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제2조 [이륜자동차 또는 원동기장치 자전거 운전 · 탑승 중 보험사고에 대한 부담보]

- ① 회사는 해당 계약의 약관 내용에도 불구하고 피보험자에게 해당 계약의 보험기간 중 「이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 운전하는 도중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」를 직접적인 원인으로 해당 계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 제1항의 이륜자동차라 함은 「자동차관리법(하위 법령 및 규칙을 포함합니다, 이하 같습니다)」에서 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말합니다.
- ③ 제2항의 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"라 함은 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말합니다.
 1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
 3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
- ④ 제1항의 원동기장치 자전거라 함은 「도로교통법」 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다. 여기서 원동기장치 자전거는 전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력으로만 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동 장치를 포함하며, 「자전거이용 활성화에 관한 법률」 제2조 제1호의2에 따른 전기자전거는 제외합니다.

설명	<ul style="list-style-type: none"> · 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조 제1호의2에 따른 "전기자전거"란 자전거로서 사람의 힘을 보충하기 위하여 전동기를 장착하고 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 것을 말합니다. 가. 페달(손페달을 포함합니다)과 전동기의 동시 동력으로 움직이며, 전동기만으로는 움직이지 아니할 것 나. 시속 25km 이상으로 움직일 경우 전동기가 작동하지 아니할 것 다. 부착된 장치의 무게를 포함한 자전거의 전체 중량이 30kg 미만일 것
----	--

- ⑤ 제2항에서 제4항에도 불구하고 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제1항의 이륜자동차 및 원동기 장치 자전거에서 제외합니다.
- ⑥ 제2항에서 제4항의 "이륜자동차" 또는 "원동기장치 자전거"의 정의가 자동차관리법, 도로교통법 및 관련 법령의 개정에 따라 변경되는 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ⑦ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 운전하는 도중에 발생한 사고인지의 여부는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고 사실 확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조 [해당 계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 해당 계약 약관의 규정을 따릅니다.

지정대리청구서비스특약 약관

※ 이 특약은 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약자가 미리 보험금의 대리청구인을 지정(변경지정)하는 것을 목적으로 하며, 계약자가 선택한 경우에만 적용합니다. 구체적인 내용은 아래와 같습니다.

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 [적용 대상]

이 특약은 보험계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다) 및 특약에 적용됩니다.

제2조 [특약의 체결 및 소멸]

- ① 이 특약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)
- ② 제1조(적용대상)의 주계약 및 특약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제2관 지정대리청구인의 지정

제3조 [지정대리청구인의 지정(변경지정) 및 자격]

- ① 계약자는 보험수익자가 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우에, 보험수익자를 대신하여 보험금을 청구할 수 있는 자(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)를 지정 또는 변경지정을 할 수 있습니다.
- ② 제1항의 지정대리청구인은 피보험자와 동거하거나 생계를 같이 하고 있는 「피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자」 또는 「3촌이내 친족」 중 1명으로 합니다.
- ③ 보험금 청구 시에 지정대리청구인이 제2항에 해당하지 않는 경우에는 지정대리청구인의 자격을 상실합니다.
- ④ 계약자는 지정대리청구인을 지정 또는 변경지정을 할 경우 다음 서류를 제시하여야 하며, 이 경우 회사는 계약자에게 해당 내용을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

 1. 지정대리청구인 지정(변경지정) 신청서(회사양식)
 - 단, 계약을 체결할 때에는 주계약 청약서에 포함된 신청양식으로 대체합니다.
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(가족관계증명서 등)
 3. 계약자의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 이하 "신분증"이라 합니다)

- ⑤ 계약체결 이후 계약자 본인이 아닌 자가 계약자를 대리하여 제1항에서 제4항에 따라 지정대리청구인을 지정 또는 변경지정의 신청을 하는 경우(이하, "지정대리 청구인 지정의 대리신청"이라 합니다) 계약자가 작성한 제4항 제1호의 지정대리청구인 지정(변경지정) 신청서 및 제4항 제2호의 서류를 포함하여 다음 각 호 중 어느 하나를 제시하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「전화 등의 방법」으로 지정대리청구인 지정의 대리신청에 대한 동의 여부를 확인할 수 있습니다.

1. 계약자의 인감증명서 또는 계약자의 본인서명사실확인서
2. 계약자의 신분증(사본 가능)

⑥ 제1항에서 제5항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정 또는 변경지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정 또는 변경지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
⑦ 제1항에서 제5항에도 불구하고, 주계약 또는 특약 약관에서 지정대리 청구인의 지정 또는 변경지정 기간을 별도로 운영하는 경우, 계약자는 이 특약에서도 그 기간에 한하여 지정대리청구인을 지정 또는 변경지정할 수 있습니다.

제3관 보험금의 지급

제4조 [보험금의 청구]

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서 등) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조 [보험금의 지급절차]

- ① 지정대리청구인은 제4조(보험금의 청구)에서 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(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.

제4관 기타사항

제6조 [준용규정]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

특별조건부특약 약관

※ 이 특약은 피보험자의 건강상태가 좋지 않아 표준체와 동일한 조건으로는 계약체결이 불가능한 경우 보험료 할증 등 특정 조건으로 해당 계약을 가입할 수 있도록 하는 특약으로, 계약을 체결할 때 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 적용합니다. 구체적인 내용은 아래와 같습니다.

제1조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약 포함하며, 이하 '계약'이라 합니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주계약 또는 특약에 부가하여 이루어집니다(이하 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약은 "해당계약"이라 합니다).
- ② 이 특약을 2인(3인, 多人)보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 자로 합니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당 계약의 보장개시일과 같습니다.
- ④ '해당 계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우' 또는 '이 특약의 피보험자가 사망한 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제2조 [특약의 내용]

이 특약은 피보험자의 위험도가 높아 보험계약의 가입이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 해당 계약의 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조 [특약의 부가조건]

- ① 이 특약에 따라 부가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한 가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률(倍增危險率)에 의한 보험료와 표준체(標準體)보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약을 체결할 때 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에서 정한 보험금을 지급합니다.

용어 해설	<p>〈할증위험률〉 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반위험률보다 높게 적용되는 위험률</p> <p>〈표준체〉 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합한 피보험자를 말하며, 표준체에 대해서는 위험률을 할인 또는 할증하지 않고 계산한 보험료를 적용합니다.</p>
----------	--

2. 보험금감액법

계약일부터 회사가 정하는 삭감기간(削減期間)내에 피보험자에게 재해분류표(별표 참조)에서 정한 재해(이하 "재해"라 합니다) 이외의 원인으로 해당계약의 삭감대상 보험금지급사유가 발생하였을 경우에는 해당계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 삭감기간 및 보험금지급비율에 따라 보험금을 지급합니다.

가. 계단식 보험금감액법

경과기간	기준	삭감기간 및 보험금지급비율				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	해당계약에서 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만			60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만				75%	60%	45%
3년이상 4년미만		100%			80%	60%
4년이상 5년미만			100%			80%
5년 이상					100%	100%

나. 평준식 보험금감액법

경과기간에 상관없이 전 삭감기간동안 50%이상의 범위 내에서 회사가 정한 동일한 보험금지급비율을 적용하여 보험금을 지급합니다.

그러나, 그 보험사고의 발생원인이 재해로 인하여 피보험자가 사망하였을 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 않고 해당계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다. 또한, 피보험자에게 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

⑦ 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

⑧ 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

3. 나이가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 나이간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 피보험자의 위험지수(危險指數)가 실제 n세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정될 때 "n년증"이라 칭하고 n세 높은 나이의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 병용(併用)할 수 있습니다.

② 제1항 제2호의 삭감기간은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 5년 이내로 합니다. 단, 해당계약이 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약이하, "갱신계약"이라 합니다)인 경우 「삭감기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사의 계약인수기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제1항 제1호부터 제4호까지의 규정에 따라 해당 계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조 [특약의 보험기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험기간은 해당 계약의 보험기간 이내에서 회사가 정한 기간으로 합니다.

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

③ 이 특약이 부가된 해당 계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제5조 [건강상태의 변경에 따른 특약의 해지]

① 이 특약을 부가하여 해당 계약을 가입하였으나 건강상태 호전 등으로 인하여 이 특약을 부가하지 않고도 해당 계약 가입이 가능한 상태가 된 경우에 계약자는 회사의 승낙을 얻어 이 특약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우 회사는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 이 특약의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조 [특약내용의 변경]

이 특약이 부가된 해당 계약의 경우에는 해당 계약 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용을 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납 또는 연장보험으로의 변경

용어	〈감액완납보험〉
해설	차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험 〈연장보험〉
	차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 정기보험(일정기간동안 사망을 보장하는 보험)으로 변경하는 보험

제7조 [해당 계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 따로 정하지 않은 사항에 대하여는 이 특약이 부가된 해당 계약 약관의 규정을 따릅니다.

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고 발생
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병 진단

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 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 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킬장해
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.
 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.

3. 위 「1. 재해의 정의 ②」에 해당하는 감염병 진단은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ⑥」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

특정신체부위·질병보장제한부인수특약 약관

※ 이 특약은 계약을 체결할 때 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 적용하거나, 이미 계약을 체결한 후 '계약 전 알릴 의무 위반의 효과' 등으로 회사가 보장을 제한할 경우 계약자의 동의를 얻어 적용합니다. 구체적인 내용은 아래와 같습니다.

제1조 [특약의 체결 및 소멸]

- ① 이 특약은 주계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함할 수 있습니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 또한, 이미 주계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 회사가 보장을 제한할 경우에도, 회사는 계약자의 동의를 얻어 이 특약을 부가하여 주계약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 때, 계약자가 동의하지 않을 경우 회사는 주계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 이 특약 부가에 따라 주계약에서 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 혹은 경험통계적으로 인과관계가 유의성 있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 병력(계약 전 알릴 의무 사항에 해당하는 질병을 말합니다)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 혹은 질병 등으로 제한하며, 이 특약을 부가할 때에 회사는 보장이 제한되는 범위 및 사유를 계약자에게 안내하여 드립니다.
- ④ 이 특약을 2인(3인, 多人)보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 자로 합니다.
- ⑤ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일[부활(효력회복) 계약의 경우는 부활(효력회복)일]과 같습니다. 또한, 제2항에 따라 주계약의 내용을 변경하는 경우에도 이 특약의 보장개시일은 주계약의 보장개시일[부활(효력회복) 계약의 경우는 부활(효력회복)일]로 소급하여 적용합니다.
- ⑥ '주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우' 또는 '이 특약의 피보험자가 사망한 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑦ 주계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에 계약을 무효로 하지 않습니다.
 1. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조 [특약면책조건의 내용]

- ① 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 이 특약의 피보험자가 사망하여 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
 1. 별표1 "특정신체부위분류표" 중에서 회사가 지정한 부위(이하 "특정신체부위"라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병
 2. 별표2 "특정질병분류표" 중에서 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라 합니다)
- ② 제1항의 면책기간은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「주계약의 보험기간」으로 합니다. 단, 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사 표시가 없는 한 별도의 인수심사 없이 갱신되는 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다)에서 「면책기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 하며, 「주계약의 보

험기간은 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다. 또한 그 판단 기준은 회사의 계약인수기준을 따르며, 개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

용어 해설	〈계약인수기준〉 피보험자를 대상으로 직업, 건강, 재정 상태 등 보험가입에 대한 적합여부를 판단하는 기준을 말합니다.
----------	---

③ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 어느 하나의 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
 2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
 3. 재해(별표3 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)로 인하여 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
 4. 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 제1항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 추가 진단(단순 건강 검진 제외) 또는 치료 사실이 없고, 청약일부터 5년이 지난 이후 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
- ④ 제3항 제4호의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 주계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제3조[해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항 및 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 피보험자가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음 날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.
- ⑧ 제1항의 특정신체부위 및 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제3조 [해지특약의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제5항의 규정을 준용합니다.

제4조 [주계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 1

특정신체부위 분류표

분류번호	특정신체부위의 명칭
49	위, 십이지장
50	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
51	대장(맹장, 직장 제외)
52	직장
53	항문
54	간
55	담낭(쓸개) 및 담관
56	췌장
57	비장
58	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
59	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
60	인두 및 후두(편도 포함)
61	식도
62	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밀샘), 이하선(귀밀샘) 및 설하선(혀밀샘)
63	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
64	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
65	신장
66	부신
67	요관, 방광 및 요도
68	음경
69	질 및 외음부
70	전립선
71	유방(유선 포함)
72	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
73	자궁체부(자궁몸통)(제양절개술을 받은 경우에 한함)
74	난소 및 난관
75	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정식 및 정낭
76	갑상선
77	부갑상선
78	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
79	피부(두피 및 입술 포함)
80	경추부(해당신경 포함)
81	흉추부(해당신경 포함)
82	요추부(해당신경 포함)
83	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
84	왼쪽 어깨
85	오른쪽 어깨
86	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 원손 포함)
87	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
88	원손(왼쪽 손목 관절 이하)
89	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
90	왼쪽 고관절
91	오른쪽 고관절
92	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 원발 포함)
93	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
94	원발(왼쪽 발목 관절 이하)
95	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
96	상 · 하약골(위턱뼈 · 아래턱뼈)
97	쇄골
98	늑골(갈비뼈)

별표2

특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

NO	대상질병	분류번호	
40	담석증	K80	담석증
41	요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
42	임신중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
		O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨
		O13	임신[임신-유발] 고혈압
		O14	전자간
		O15	자간
43	관절증	M05	혈청검사양성 류마티스관절염
		M06	기타 류마티스관절염
		M08	연소성 관절염
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
44	등병증	M40	척주후만증 및 척주전만증
		M41	척주측만증
46	골반염	N73	기타 여성골반염증질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
47	자궁내막증	N80	자궁내막증
48	자궁근종	D25	자궁의 평활근종

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준 질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

- ② 진단시점에 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고 발생
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병 진단

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 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 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.
반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.

2. 발생(진단) 시점에 상기 "1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항" 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 "1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명
발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.

3. 위 「1. 재해의 정의 ②」에 해당하는 감염병 진단은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ⑥」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

장애인전용보험전환특약 약관

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

제 1 조 [특약의 적용범위 등]

① 이 특약은 보험회사가 정한 방법에 따라 보험계약자가 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함하며, 이하 “전환대상계약”이라 합니다)에 대하여 「소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제) 제 1 항 제 1 호」에 해당하는 장애인전용보험(이하 “장애인전용보험”이라 합니다)으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

1. 「소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제) 제 1 항 제 2 호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

용어	〈소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제)〉
해설	<p>① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기애 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제 1 호의 경우에는 100 분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100 만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none">1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료2. 기본공제대상을 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제 1 호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)
	<p>〈소득세법 시행령 제 118 조의 4 (보험료의 세액공제)〉</p> <p>① 소득세법 제 59 조의 4 제 1 항제 1 호에서 “대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료”란 제 2 항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.</p> <p>② 소득세법 제 59 조의 4 제 1 항제 2 호에서 “대통령령으로 정하는 보험료”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none">1. 생명보험2. 상해보험3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3 억원을 초과하는 경우는 제외한다.
	<p>〈소득세법 시행규칙 제 61 조의 3 (공제대상보험료의 범위)〉</p> <p>소득세법 시행령 제 118 조의 4 제 2 항 각 호 외의 부분에서 “기획재정부령으로 정하는 것”이란 만기애 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.</p>

2. 주계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 모든 부가특약을 포함하며, 이하 "주계약"이라 합니다)의 "모든 피보험자 또는 모든 보험수익자"가 「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위) 제 1 항」에서 규정한 장애인인 보험. 다만, 보험수익자가 법정상속인 등으로 특정되지 않은 경우에는 보험수익자가 「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위) 제 1 항」에서 규정한 장애인'으로 인정되지 않습니다.

용어 해설	<p>〈「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위)」에서 규정한 장애인〉</p> <p>① 소득세법 제 51 조 제 1 항 제 2 호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.</p> <p>1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애인아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람</p> <p>2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람</p> <p>3. 삭제</p> <p>4. 제 1 호 및 제 2 호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자</p> <p>〈소득세법 시행규칙 제 54 조(장애인아동의 범위)〉</p> <p>소득세법 시행령 제 107 조제 1 항제 1 호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애인아동 복지지원법」 제 21 조제 1 항에 따른 별도로 제공되는 서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.</p>
----------	--

설명	<p>〈이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 1〉</p> <p>주계약의 피보험자 1 인은 비장애인이고 보험수익자 2 인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우, 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.</p> <p>〈이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 2〉</p> <p>주계약의 보험수익자 1 인은 비장애인이고 피보험자 2 인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우, 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.</p> <p>〈이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 3〉</p> <p>주계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인인 경우, 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 보험수익자 지정이 필요합니다.</p>
----	--

② 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제 2 조[제출서류]

- ① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 주계약의 "모든 피보험자 또는 모든 보험수익자"의 「소득세법 시행규칙 별지 제 38 호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하 "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자(傷痍者)의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서 · 장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1 항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 장애인으로서 그 장애예상기간(또는 장애기간)이 기재된 장애인증명서를 제 1 항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애예상기간(또는 장애기간) 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
- ④ 제 1 항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애예상기간(또는 장애기간)이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애예상기간(또는 장애기간)이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제 3 조[장애인전용보험으로의 전환]

- ① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되지 않습니다.
- ③ 「전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ④ 제 1 항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

설명	2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 장애인전용보험으로 전환되기 전(2019년 1월 15일~ 2019년 5월 31일)에 납입된 전환대상계약 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후 납입된 전환대상계약 보험료만 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.
----	---

- ⑤ 제 4 항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제 4 조(전환 해지)에 따라 전환을 해지하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약 보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」에는, 장애인전용보험으로 전환된 후부터 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료되기 전까지 납입된 전환대상계약 보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

설명	2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 소득세법상 장애인증명서에 장애예상기간(또는 장애기간)이 2019년 12월 1일까지 인 경우, 장애인전용보험으로 전환된 이후부터 장애예상기간(또는 장애기간)이 지나기 전까지(2019년 6월 1일~ 2019년 12월 1일) 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다. 그러나, 장애예상기간(또는 장애기간)이 지난 후 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않습니다.
----	---

- ⑥ 이 특약이 부가된 이후 「제 4 조(전환 해지)에 따라 전환을 해지한 경우」 또는 「전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우」에는 해당 전환대상계약에 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 특약을 다시 부가할 수 있습니다.

제 4 조[전환 해지]

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 해지할 수 있으며, 이 경우 전환해지 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제 5 조[준용규정]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련 법령에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련 법령이 개정되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

- 아래 법령은 고객의 이해를 돋기 위해 마련되었으며, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있습니다.
- 아래 법령은 2020년 12월을 기준으로 작성되었으며, 해당 법령의 제·개정으로 내용이 변경될 수 있습니다.
 - 또한, 아래 법령과 실제 법령 내용이 다른 경우에는 실제 법령 내용을 적용합니다.
- 또한, 아래 방법으로 현행 법령과 제·개정 법령을 확인할 수 있습니다.
- 홈페이지 : '국가법령정보센터 홈페이지(www.law.go.kr)'
 - 앱 : 구글 Play 스토어, 아이폰 앱스토어 등을 통해 '국가법령정보 (Korea Laws)' 앱을 다운

‘국가법령정보 (Korea Laws)’ 앱	아이폰용 QR 코드	안드로이드용 QR 코드
		

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
2. "제 1 급감염병"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. 남아메리키출혈열	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	

(0|하 생략)

■ 개인정보보호법

제 15 조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제 3 자의 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 한 한다.

② 개인정보처리자는 제 1 항제 1 호에 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.

제 17 조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제 3 자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제 15 조제 1 항제 2 호 · 제 3 호 · 제 5 호 및 제 39 조의 3 제 2 항제 2 호 · 제 3 호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제 1 항제 1 호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 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 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제 3 자에게 제공할 때에는 제 2 항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니된다.

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.

제 22 조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제 6 항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.

- ② 개인정보처리자는 제 1 항의 동의를 서면(전자문서 및 전자거래 기본법) 제 2 조 제 1 호에 따른 전자문서를 포함한다으로 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 제 15 조 제 1 항 제 1 호, 제 17 조 제 1 항 제 1 호, 제 23 조 제 1 항 제 1 호 및 제 24 조 제 1 항 제 1 호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보는 개인정보처리자가 부담한다.
- ④ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.
- ⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제 3 항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제 4 항 및 제 18 조 제 2 항 제 1 호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 개인정보처리자는 만 14 세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.
- ⑦ 제 1 항부터 제 6 항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제 6 항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제 23 조(민감정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 험저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 “민감정보”라 한다)를 처리하여서는 아니된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 정보주체에게 제 15 조제 2 항 각 호 또는 제 17 조제 2 항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 개인정보처리자가 제 1 항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제 29 조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

제 24 조(고유식별정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 “고유식별정보”라 한다)를 처리할 수 없다.
1. 정보주체에게 제 15 조 제 2 항 각 호 또는 제 17 조 제 2 항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 삭제
- ③ 개인정보처리자가 제 1 항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제 3 항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.
- ⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제 4 항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

제 24 조의 2(주민등록번호 처리의 제한)

① 제 24 조제 1 항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 주민등록번호를 처리할 수 없다.

1. 법률 · 대통령령 · 국화규칙 · 대법원규칙 · 헌법 재판소규칙 · 중앙선거관리위원회규칙 및 감사원규칙에서 구체적으로 주민등록번호의 처리를 요구하거나 허용한 경우
 2. 정보주체 또는 제 3 자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 명백히 필요하다고 인정되는 경우
 3. 제 1 호 및 제 2 호에 준하여 주민등록번호 처리가 불가피한 경우로서 보호위원회가 고시로 정하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제 24 조제 3 항에도 불구하고 주민등록번호가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 암호화 조치를 통하여 안전하게 보관하여야 한다. 이 경우 암호화 적용 대상 및 대상별 적용 시기 등에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 처리 규모와 유출 시 영향 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.
- ③ 개인정보처리자는 제 1 항 각 호에 따라 주민등록번호를 처리하는 경우에도 정보주체가 인터넷 홈페이지를 통하여 회원으로 가입하는 단계에서는 주민등록번호를 사용하지 아니하고도 회원으로 가입할 수 있는 방법을 제공하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 개인정보처리자가 제 3 항에 따른 방법을 제공할 수 있도록 관계 법령의 정비, 계획의 수립, 필요한 시설 및 시스템의 구축 등 제반 조치를 마련 · 지원할 수 있다.

■ 관공서의 공휴일에 관한 규정

제 2 조(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. 1 월 1 일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12 월 말일, 1 월 1 일, 2 일)
5. 삭제
6. 부처님 오신날(음력 4 월 8 일)
7. 5 월 5 일 (어린이날)
8. 6 월 6 일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8 월 14 일, 15 일, 16 일)
10. 12 월 25 일(기독탄신일)
- 10 의 2. 「공직선거법」 제 34 조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제 3 조(대체공휴일)

① 제 2 조제 4 호 또는 제 9 호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제 2 조제 4 호 또는 제 9 호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

② 제 2 조제 7 호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제 2 조제 7 호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

■ 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

제 6 조(등록 및 결정)

① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 "신청 대상자"라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처장에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.

1. 「국가보훈 기본법」 제 23 조제 1 항제 3 호의 2에 따라 발굴된 희생·공현자의 경우
2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우

② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제 4 조제 1 항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제 1 항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다.

③ 국가보훈처장은 제 1 항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제 4 조 또는 제 5 조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제 4 조제 1 항제 3 호부터 제 6 호까지, 제 8 호, 제 14 호 및 제 15 호의 국가유공자(이하 "전몰군경등"이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈처장에게 통보하여야 한다.

④ 국가보훈처장은 제 3 항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제 74 조의 5에 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 국가보훈처장은 제 4 조제 1 항 각 호(제 1 호, 제 2 호 및 제 10 호는 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 제 1 항부터 제 4 항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다.

■ 국민건강보험법

제 41 조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제 1 항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.

1. 제 1 항 각 호의 요양급여(제 1 항제 2 호의 약제는 제외한다): 제 4 항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제 1 항제 2 호의 약제: 제 41 조의 3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

④ 보건복지부장관은 제 3 항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제 5 조(요양급여의 적용기준 및 방법)

- ① (생략)
② 제 1 항에 따른 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
③ 조혈모세포이식 및 심실 보조장치 치료술의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 따로 정하여 각각 고시한다.
④ (생략)

제 9 조(비급여대상)

- ① 법 제 41 조제 4 항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다

[별표 2] 비급여대상

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(imotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
 - 라. 단순 코골음
 - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
 - 바. 검열반 등 안과질환
 - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
- (이하 생략)

■ 노인장기요양보험법

제 15 조(등급판정 등)

(생략)

- ② 등급판정위원회는 신청인이 제 12 조의 신청자격요건을 충족하고 6 개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 수급자로 판정한다.

(생략)

- ④ 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 의심되는 경우에는 제 14 조제 1 항 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 제 4 항에 따라 제출된 조사 결과를 토대로 제 2 항에 따라 다시 수급자 등급을 조정하고 수급자 여부를 판정할 수 있다.

제 23 조(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 범위안에서 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 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것
2. 시설급여 : 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
3. 특별현금급여
- 가. 가족요양비 : 제 24 조에 따라 지급하는 가족장기요양급여
 - 나. 특례요양비 : 제 25 조에 따라 지급하는 특례장기요양급여
 - 다. 요양병원간병비 : 제 26 조에 따라 지급하는 요양병원장기요양급여
- (이하 생략)

제 29 조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제 15 조제 4 항에 따른 조사나 제 60 조 또는 제 61 조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 기담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제 2 항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

■ 노인장기요양보험법 시행령

제 2 조(노인성 질병)

「노인장기요양보험법」(이하 "법"이라 한다) 제 2 조제 1 호에서 "대통령령으로 정하는 노인성 질병"이란 별표 1에 따른 질병을 말한다.

[별표 1]

노인성 질병의 종류

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 뇌졸증	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(震颤)	R25.1

비고

1. 질병명 및 질병코드는 「통계법」 제 22 조에 따라 고시된 한국표준질병 · 사인 분류에 따른다.
2. 진전은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 한다.

■ 민법

제 27 조(실종의 선고)

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제 1 항과 같다.

제 28 조(실종선고의 효과)

실종선고를 받은 자는 전조의 기간이 만료한 때에 사망한 것으로 본다.

■ 상법

제 651 조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

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

■ 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제 32 조(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 그려하지 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

(이하 생략)

제 33 조(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. 제32조 제6항 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 제32조 제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

■ 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제 28 조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 삭제

② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공받는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공하는 개인신용정보의 내용
4. 개인신용정보를 제공받는 자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

(이하 생략)

제 28 조의 2(개인신용정보의 이용)

법 제33조제2항에서 “대통령령으로 정하는 목적” 이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 업무를 수행하기 위해 필요한 경우 해당 각 호의 자가 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 그 업무와 관련하여 이용하기 위한 목적을 말한다.

1. 「보험업법」 제2조제6호에 따른 보험회사가 수행하는 같은 조 제2호에 따른 보험업 또는 같은 법 제11조의 2에 따른 부수업무로서 개인의 건강 유지·증진 또는 질병의 사전예방 및 악화 방지 등의 목적으로 수행하는 업무(이하 생략)

■ 의료급여법

제 7 조(의료급여의 내용 등)

① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술과 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치

② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

■ 의료급여법 시행령

제 13 조(급여비용의 부담)

① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.

1. 삭제
2. 삭제

② 삭제

③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.

④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.

⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.

1. 1종수급권자 : 2만원
2. 2종수급권자 : 20만원

⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.

1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원

2. 2종수급권자 : 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240 일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.

⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

■ 의료법

제 2 조(의료인)

① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.

② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.

1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.

2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.

3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.

4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.

5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.

가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호

나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조

다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동

라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제 3 조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 의원

나. 치과의원

다. 한의원

2. 조산원: 조산사가 조산과 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(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료 기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 종합병원

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

제 3 조의 3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100 개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3 개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② (생략)

제 3 조의 4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 나이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20 개 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.

제 5 조(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 제 1 항에도 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 제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 사람으로 본다.

■ 장애인복지법

제 32 조(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 제 2 조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다.
(이하 생략)

■ 전자서명법

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. "전자서명인증"이란 전자서명정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
7. "전자서명인증업무"란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
8. "전자서명인증사업자"란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. "가입자"란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. "이용자"란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

■ 폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제 2 조(폭행 등)

① 삭제

- ② 2명 이상이 공동하여 다음 각 호의 죄를 범한 사람은 「형법」 각 해당 조항에서 정한 형의 2분의 1 까지 가중한다.
1. 「형법」 제 260 조제 1 항(폭행), 제 283 조제 1 항(협박), 제 319 조(주거침입, 퇴거불응) 또는 제 366 조(재물손괴 등)의 죄

2. 「형법」 제 260 조제 2 항(존속폭행), 제 276 조제 1 항(체포, 감금), 제 283 조제 2 항(존속협박) 또는 제 324 조제 1 항(강요)의 죄

3. 「형법」 제 257 조제 1 항(상해) · 제 2 항(존속상해), 제 276 조제 2 항(존속체포, 존속감금) 또는 제 350 조(공갈)의 죄

③ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제 2 항 각 호에 규정된 죄를 범하여 누범(累犯)으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 제 2 항제 1호에 규정된 죄를 범한 사람: 7년 이하의 징역

2. 제 2 항제 2호에 규정된 죄를 범한 사람: 1년 이상 12년 이하의 징역

3. 제 2 항제 3호에 규정된 죄를 범한 사람: 2년 이상 20년 이하의 징역

④ 제 2 항과 제 3 항의 경우에는 「형법」 제 260 조제 3 항 및 제 283 조제 3 항을 적용하지 아니한다.

제 3 조(집단적 폭행 등)

① 삭제

② 삭제

③ 삭제

④ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 다음 각 호의 죄를 범하여 누범으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 「형법」 제 261 조(특수폭행)(제 260 조제 1 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 284 조(특수협박)(제 283 조제 1 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 320 조(특수주거침입) 또는 제 369 조제 1 항(특수손괴)의 죄: 1년 이상 12년 이하의 징역

2. 「형법」 제 261 조(특수폭행)(제 260 조제 2 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 278 조(특수체포, 특수감금)(제 276 조제 1 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 284 조(특수협박)(제 283 조제 2 항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제 324 조제 2 항(강요)의 죄: 2년 이상 20년 이하의 징역

3. 「형법」 제 258 조의 2제 1 항(특수상해), 제 278 조(특수체포, 특수감금)(제 276 조제 2 항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제 350 조의 2(특수공갈)의 죄: 3년 이상 25년 이하의 징역

■ 형법

제 24 장 살인의 죄

제 250 조(살인, 존속살해)

① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제 251 조(영아살해)

직계존속이 치욕을 은폐하기 위하여나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만증 또는 분만 직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제 252 조(족탁, 승낙에 의한 살인 등)

① 사람의 족탁 또는 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 사람을 교사 또는 방조하여 자살하게 한 자도 전항의 형과 같다.

제 253 조(위계 등에 의한 촉탁살인 등)

전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제 250 조의 예에 의한다.

(이하 생략)

제 25 장 상해와 폭행의 죄

제 257 조(상해, 존속상해)

- ① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 1 항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천 500만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 전 2 항의 미수범은 처벌한다.

제 258 조(중상해, 존속중상해)

- ① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
- ③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전 2 항의 죄를 범한 때에는 2년 이상의 15년 이하의 징역에 처한다.

(중략)

제 259 조(상해치사)

- ① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제 260 조(폭행, 존속폭행)

- ① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 1 항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제 261 조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제 260 조제 1 항 또는 제 2 항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제 262 조(폭행치사상)

전 2 조의 죄를 범하여 사람을 사상에 이르게 한 때에는 제 257 조 내지 제 259 조의 예에 의한다.

(이하 생략)

제 32 장 강간과 추행의 죄

제 297 조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제 297 조의 2(유사강간)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

(중략)

제 299 조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제 297 조, 제 297 조의 2 및 제 298 조의 예에 의한다.

(이하 생략)

제 38 장 절도와 강도의 죄

(생략)

제 333 조(강도)

폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제삼자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제 334 조(특수강도)

- ① 야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박이나 항공기 또는 점유하는 방실에 침입하여 제 333 조의 죄를 범한 자는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
- ② 흉기를 휴대하거나 2인 이상이 합동하여 전조의 죄를 범한 자도 전항의 형과 같다.

제 335 조(준강도)

절도가 재물의 틸환을 항거하거나 체포를 면탈하거나 죄적을 인멸할 목적으로 폭행 또는 협박을 가한 때에는 전 2 조의 예에 의한다.

제 336 조(인질강도)

사람을 체포 · 감금 · 약취 또는 유인하여 이를 인질로 삼아 재물 또는 재산상의 이익을 취득하거나 제 3 자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

(이하 생략)

■ 호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
2. (생략)

3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

가:~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.

(0|하 생략)