

제3관 특약의 성립과 유지

제2-8조 특약내용의 변경 등

제2-8조의2 법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경

제2-9조 특약의 소멸

제2-9조의2 “특약의 무효”에 대한 특칙

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-10조 계약자의 임의해지

제2-11조 해약환급금

제5관 기타사항

제2-12조 주계약 약관 규정의 준용

[부표2-1] 보험금 지급기준표

[부표2-2] 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암, 대장점막 내암 및 비침습방광암 제외)

(간편)종합병원암주요치료플러스특약 (무배당, 갱신형)

- ※ 이 특약은 계약자의 선택에 의해 해당 보험료를 납입함으로써 보장이 가능합니다.
- ※ 계약자가 가입한 보험종목에 따라 특약 명칭은 다음과 같이 변경됩니다.
 - 일반심사형의 경우: “(간편)” 부분이 없습니다.
- ※ “간편심사형”과 “일반심사형” 모두 이 약관을 적용합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-13조까지를 이 특약 “제1편 일반사항”으로 합니다.

※ [특약 약관] “제1편 일반사항”의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

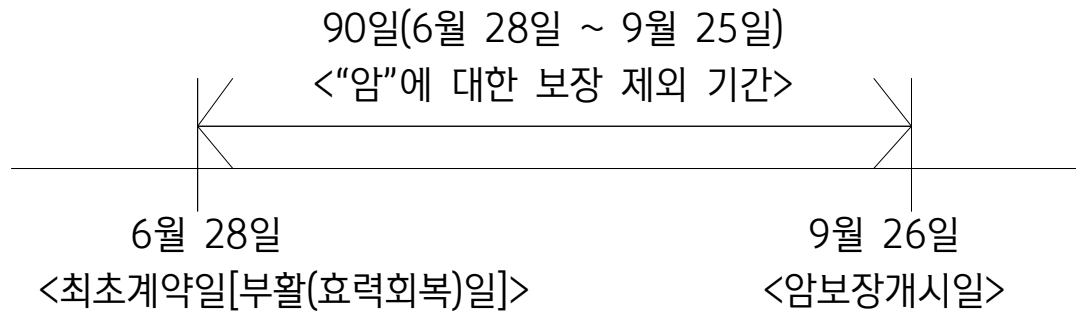
제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 특약의 보장개시

- ① 회사는 이 특약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1-13조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우 이 특약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 암보장개시일은 제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”의 보장이 개시되는 날로, 최초 계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

“암보장개시일” 예시



제2-1조의2 특약의 보험기간 및 갱신

- ① 이 특약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 하며, 제2항에 따라 이 특약이 갱신된 경우 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.
- ② 제1-9조(특약의 성립)에도 불구하고 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.
- ③ 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간(다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간으로 하며, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다) 만료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ④ 제2항에 따라 갱신된 특약에 대해서는 갱신전 특약의 약관을 준용합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험

- 기간 만료일과 같은 경우
2. 제2-9조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
 3. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
 4. 피보험자가 특약보험기간 중 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정된 경우
- ⑥ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신 시점의 나이 및 보험료 산출에 관한 기초율을 적용하여 계산하므로 변동될 수 있습니다.
- ⑦ 회사는 갱신계약의 변경내용 및 보험료 등을 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면, 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑧ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율^(※)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.

(※) 산출기초율 : 계약체결비용, 계약관리비용, 이율 및 위험률 등

제2-1조의3 “암” 등의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 <부표2-2> “대상이 되는 악성신생물(암)분류표(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암 제외)”에 해당하는 항목을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.

1. 분류코드 C44[기타피부의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병
 2. 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병
 3. 제2-1조의4(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
 4. 제2-1조의5(“비침습방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 비침습방광암
 5. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타피부의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사 의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[다만, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

암

악성신생물(암)에서 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암을 제외한 암

유의사항

한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]에 해당하는 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위) 일차성 악성신생물(암)을

기준으로 이 약관에서 정한 바에 따라 보장여부 및 보험금 지급액을 결정합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시

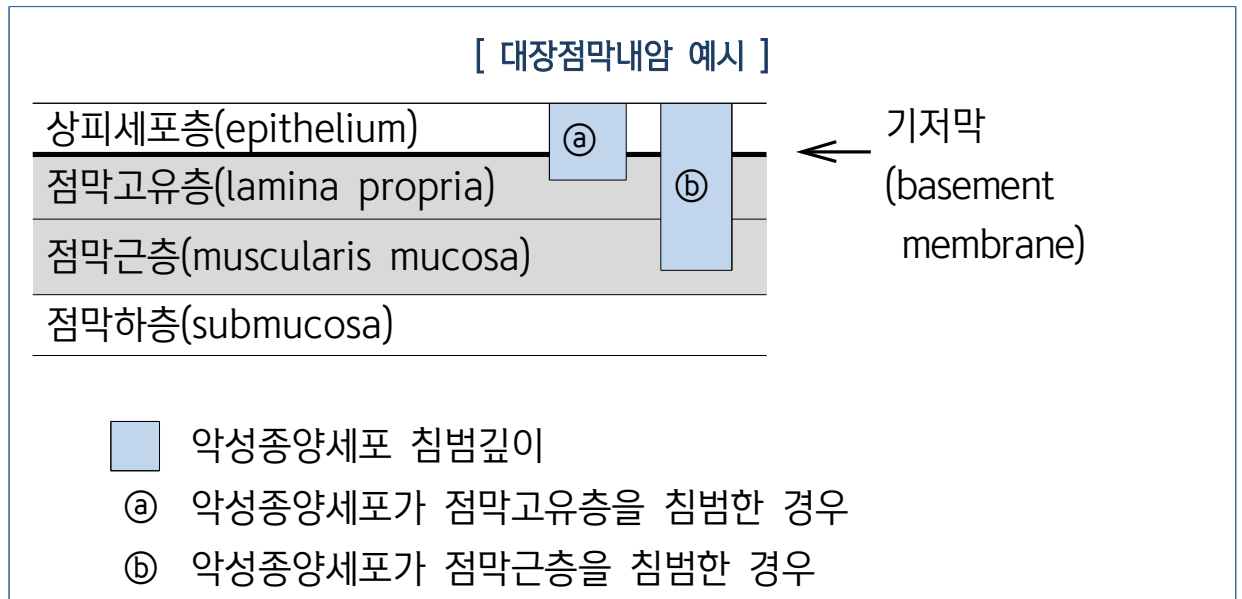
- C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.
- C50[유방의 악성신생물(암)]이 폐로 전이되어 C78.0[폐의 이차성 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C50[유방의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.
- C16[위의 악성신생물(암)]이 뇌로 전이되어 C79.3[뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C16[위의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.

제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의4 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18 ~ C20)에 해당하는 질병 중에서 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



- ② “대장점막내암”의 진단확정은 병리와 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 하며, 이 경우 “대장점막내암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시


- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의5 “비침습방광암”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “비침습방광암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 방광의 악성신생물(암)(C67)에 해당하는 질병 중에서 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습유두암

(papillary carcinoma) 상태로 “AJCC 암병기설정매뉴얼 [AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제 8판”에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.

[비침습방광암 예시]

이행상피세포층(transitional epithelium) ] 점막층
고유층(lamina propria)	
점막하층(submucosa)	
근육층(muscle)	

 악성종양세포 침범깊이

① 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습방광암”의 진단확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습방광암”의 진단확정은 병리와 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 하며, 이 경우 “비침습방광암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의6 “수술”의 정의와 장소

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것 [보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정 받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다.

다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]은 “수술”에서 제외됩니다.

신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의7(“항암약물치료”의 정의)에서 정한 “항암약물치료”와 제2-1조의8(“항암방사선치료”의 정의)에서 정한 “항암방사선치료”는 제외합니다.

제2-1조의7 “항암약물치료”의 정의

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정(<별첨1> 참조)한 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물치료는 제외됩니다.

제2-1조의8 “항암방사선치료”의 정의

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2-1조의9 “암 주요치료”의 정의

① 이 특약에 있어서 “암 주요치료”라 함은 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”을 제거하거나 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의6(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
2. “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 제2-1조의7(“항암약물치료”의 정의)에서 정한 항암약물치료 또는 제2-1조의8(“항암방사선치료”의 정의)에서 정한 항암방사선치료를 받은 경우
3. 제1항 제1호 및 제2호에도 불구하고, “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기환자에 대한 호스피스·완화의료 치료는 “암 주요치료”로 봅니다.

② “암 주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 제거 또는 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”이나 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상

선암”의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4. 호르몬 관련 치료제

5. 제1호 내지 제4호 이외의 “암 주요치료”에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

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.

호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호

3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제2-1조의10 “암 주요치료비 본인부담금” 및 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액” 등의 정의

- ① 이 특약에 있어서 “암 주요치료비 본인부담금”이라 함은 제2-1조의9 (“암 주요치료”의 정의)에서 정한 “암 주요치료”를 받고 해당 치료로 인하여 발생한 비용 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 환자 본인부담금에 해당하는 금액(이하 “급여의료비 본인부담금”이라 합니다)과 비급여에 해당하는 금액(이하 “비급여의료비 본인부담금”이라 합니다)의 합계액을 말합니다.

급여

「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로, 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

본인부담금

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액 본인부담금을 말합니다.

비급여

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여 항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

암 주요치료비 본인부담금

급여의료비			④ 비급여의료비	
일부 본인부담		③ 전액 본인부담	선택진료료	선택진료료 이외
① 본인부담금	② 공단부담금			

“암 주요치료비 본인부담금”은 “암 주요치료”를 받고 해당 치료로 인하여 발생한 비용 중 급여의료비 본인부담금(“① 본인부담금” 및 “③ 전액 본인부담”을 합한 금액을 말함)과 비급여의료비 본인부담금(“④ 비급여의료비”를 말함)을 합한 금액을 말합니다.

- ② 제1항의 “암 주요치료비 본인부담금” 중 “암수술치료비 본인부담금”은 제2-1조의9 (“암 주요치료”의 정의)에서 정한 “암 주요치료” 중 수술을 받은 경우 발생하는 비용으로 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용을 말합니다.

진료비 세부내역서

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

- ③ 제1항의 “암 주요치료비 본인부담금” 중 “항암약물치료비 본인부담금”은 제2-1조의9 (“암 주요치료”의 정의)에서 정한 “암 주요치료” 중 항암약물치료를 받은 경우 발생하는 비용으로 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 항암제 범위에서 제외됩니다.
- ④ 제1항의 “암 주요치료비 본인부담금” 중 “항암방사선치료비 본인부담금”은 제2-1조의9 (“암 주요치료”의 정의)에서 정한 “암 주요치료” 중 항암방사선치료를 받은 경우 발생하는 비용으로 진료비 세부 내역서의 방사선 치료료를 말합니다. 방사선 치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획, 방사선 치료가 포함됩니다.
- ⑤ 제2항 내지 제4항에도 불구하고, “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기환자에 대한 호스피스·완화의료 치료로 인해 호스피스·완화의료(정액수가)가 발생한 경우 호스피스·완화의료(정액수가)를 제1항의 “암 주요치료비 본인부담금”에 포함합니다.
- ⑥ 제1항의 “암 주요치료비 본인부담금”은 제2-1조의11 (“종합병원”의 정의)에서 정한 종합병원에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 금액에 한합니다.
- ⑦ 제1항의 “급여의료비 본인부담금” 및 “비급여의료비 본인부담금”은 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 사유로 감면받은 경우도 감면 전 의료비를 기준으로 합니다.
1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우 (의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
 2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
 3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
 4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- ⑧ 제1항의 “급여의료비 본인부담금”은 다음 각 호에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강

보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)

2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

- ⑨ 이 특약에 있어서 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이라 함은 제 6항에서 정한 종합병원에서 “암 주요치료”를 받은 날이 동일한 연간 내에 있는 경우, 해당 치료로 인하여 발생한 “암 주요치료비 본인부담금”을 합산한 금액을 말하며 매년 재산정합니다.

[“연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”의 계산 예시 ①]

최초 진단 후 1차년도 연간 암 주요치료비 본인부담금 총액에 포함 ↓ (2024.12.01. 암수술)	최초 진단 후 2차년도 연간 암 주요치료비 본인부담금 총액에 포함 ↓ (2025.06.01. 항암약물치료)	...
1차년도	2차년도	
암 최초 진단일 (2024.05.03)	진단확정일 (2025.05.03)	진단확정일 (2026.05.03)

⇒ 피보험자가 종합병원에서 암 주요치료를 받은 경우 해당 치료비는 해당 치료를 받은 일자에 해당하는 경과년도 연간 암 주요치료비 본인부담금 총액에 합산함

[“연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”의 계산 예시 ②]

최초 진단 후 1차년도 연간 암 주요치료비 본인부담금 총액에 포함X ↓ (2024.12.01. 병원에서 암수술)	최초 진단 후 2차년도 연간 암 주요치료비 본인부담금 총액에 포함X ↓ (2025.06.01. 의원에서 치료)	...
1차년도	2차년도	
암 최초 진단일 (2024.05.03)	진단확정일 (2025.05.03)	진단확정일 (2026.05.03)

⇒ 종합병원 이외의 병원이나 의원에서 치료받은 경우에는 해당 치료비를 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”에 합산하지 않음

제2-1조의11 “종합병원”의 정의

“종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원 지정)에서 규정(<별첨1> 참조)한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정(<별첨1> 참조)한 상급종합병원을 포함합니다.

제2관 보험금의 지급

제2-2조 보험금의 지급사유

회사는 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 종합병원에서 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암 주요치료”를 받아 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 1천만원 이상 발생한 경우에는 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액” 발생금액에 따라 보험수익자에게 약정한 보험금(<부표 2-1> “보험금 지급기준표” 참조)을 종합병원 암주요치료지원금으로 지급합니다.

[다만, 최초 진단확정일로부터 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 주요치료를 합하여 최대 5년간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 5회지급)]

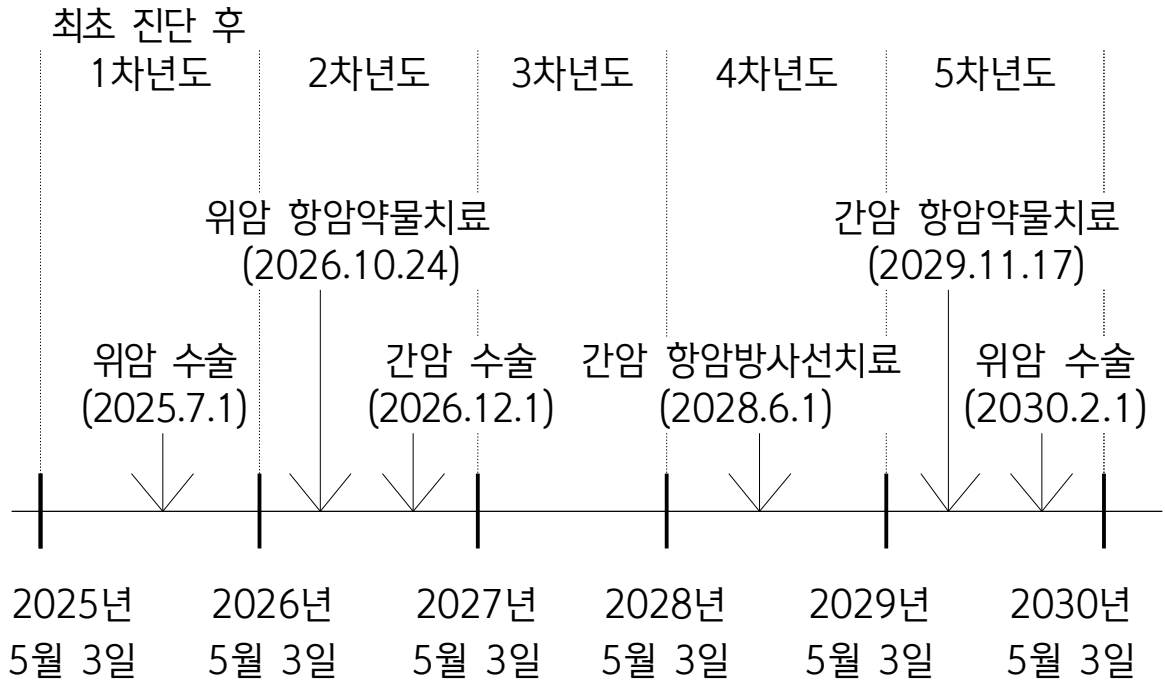
종합병원 암주요치료지원금 지급 예시

계약일 : 2024년 1월 3일

특약보험가입금액 : 1,000만원

위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2025년 5월 3일

간의 악성신생물(C22) 진단 확정일 : 2026년 11월 1일



※ 2025년 5월 3일 위의 악성신생물(C16) 최초 진단 이후 위의 악성신생물(C16) 이외의 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2025년 5월 3일로부터 5년입니다.

① 최초 진단 후 1차년도 (2025.05.03.~2026.05.02.)

연간 암 주요치료비 본인부담금 총액 = 위암 수술(2,200만원)

⇒ 종합병원 암주요치료지원금 = 2,000만원

② 최초 진단 후 2차년도 (2026.05.03.~2027.05.02.)

연간 암 주요치료비 본인부담금 총액 = 위암 항암약물치료(900만원)

+ 간암 수술(2,500만원) = 3,400만원

⇒ 종합병원 암주요치료지원금 = 3,000만원

- ③ 최초 진단 후 3차년도 (2027.05.03.~2028.05.02.)
 “암주요치료” 발생하지 않음
 ⇒ 종합병원 암주요치료지원금 지급하지 않음
- ④ 최초 진단 후 4차년도 (2028.05.03.~2029.05.02.)
 연간 암 주요치료비 본인부담금 총액 = 간암 항암방사선치료(300만원)
 ⇒ 연간 암 주요치료비 본인부담금 총액 1,000만원 미만으로 종합병원 암주요치료지원금 지급하지 않음
- ⑤ 최초 진단 후 5차년도 (2029.05.03.~2030.05.02.)
 연간 암 주요 치료비 본인부담금 총액 = 간암 항암약물치료(8,000만원) + 위암 수술(5,000만원) = 1억 3,000만원
 ⇒ 종합병원 암주요치료지원금 1억원

제2-2조의2 보험료 납입면제사유

회사는 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

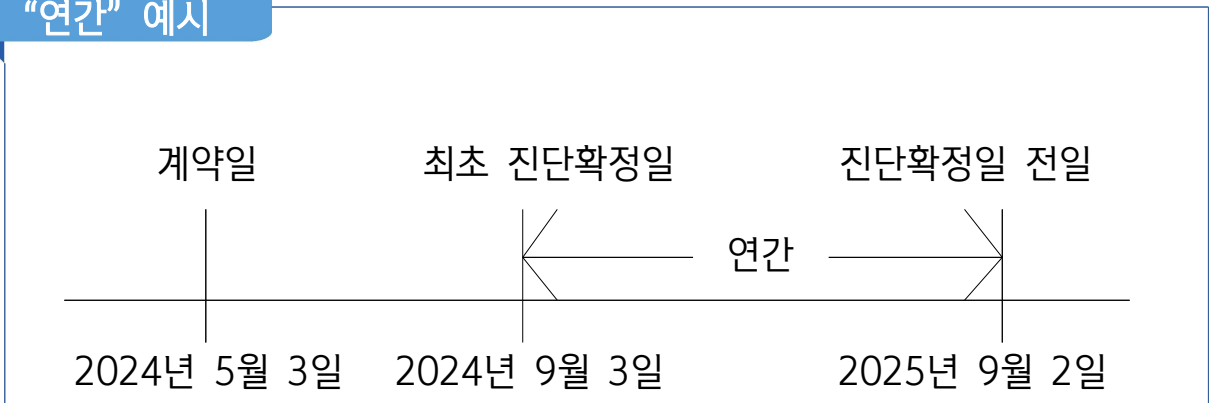
1. 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
2. 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정 되었을 경우

제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 제2-1조의10(“암 주요치료비 본인부담금” 및 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액” 등의 정의) 제9항 및 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 “연간”이라 함은 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 “매년 진단확정일”이라 합니다)의 전날

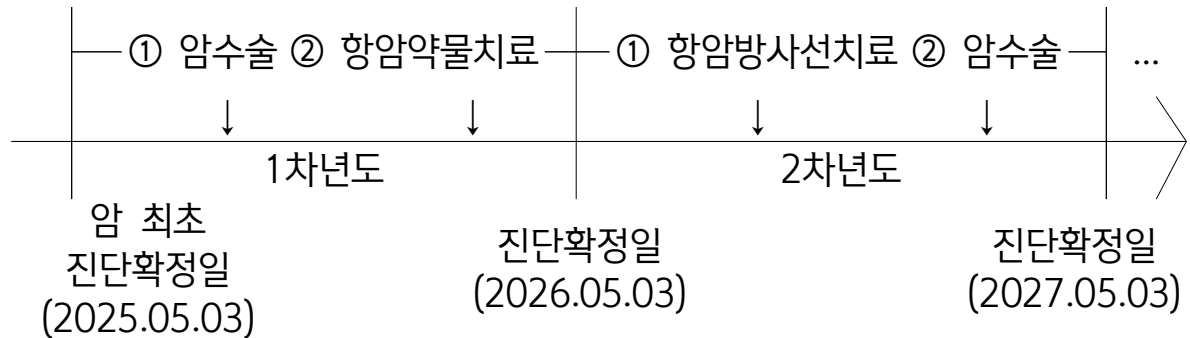
까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

“연간” 예시



- ② 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 “보험금 지급기간” 이라 함은 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 최초 진단확정일로부터 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 “보험금 지급기간”이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 종합병원 암주요치료지원금을 지급합니다.
- ④ 제1항 및 제2-1조의10(“암 주요치료비 본인부담금” 및 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액” 등의 정의) 제9항에도 불구하고 보험수익자가 “보험금 지급기간” 중 매년 진단확정일의 전날 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일 기준의 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”을 기준으로 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 종합병원 암주요치료지원금을 지급합니다.
- ⑤ 제4항의 해당 보험금 청구일 이후 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 변경되어 변경된 기준에 해당하는 종합병원 암주요치료지원금이 이미 지급한 종합병원 암주요치료지원금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 추가적으로 지급하며, 변경된 기준에 해당하는 종합병원 암주요치료지원금이 이미 지급한 종합병원 암주요치료지원금보다 감소한 경우에는 회사는 보험수익자에게 이미 지급한 종합병원 암주요치료지원금의 반환을 청구할 수 있습니다.

“연간 암 주요치료비 본인부담금 총액” 변경 예시



<1차년도(2025.05.03.~2026.05.02.)>

“① 암수술”로 인하여 발생한 암 주요치료비 : 1,400만원

⇒ 연간 암 주요치료비 본인부담금 총액 : 1,400만원

진단확정일(2026.05.03.)의 전날 이전에 청구하여, 종합병원 암주요치료지원금(연간 1천만원 이상 2천만원 미만)에 해당하는 “1,000만원(특약보험가입금액의 100%)” 지급

“② 항암약물치료”로 인하여 발생한 연간 암 주요치료비 : 800만원

⇒ 연간 암 주요치료비 본인부담금 총액 : 2,200만원

(1,400만원 + 800만원)

종합병원 암주요치료지원금(연간 2천만원 이상 3천만원 미만)에 해당하는 “2,000만원(특약보험가입금액의 200%)”과 이미 지급된 종합병원 암주요치료지원금(연간 1천만원 이상 2천만원 미만)에 해당하는 “1,000만원(특약보험가입금액의 100%)”의 차액인 “1,000만원” 지급

<2차년도(2026.05.03.~2027.05.02.)>

“① 항암방사선치료”로 인하여 발생한 암 주요치료비 : 1,200만원

⇒ 연간 암 주요치료비 본인부담금 총액 : 1,200만원

진단확정일(2027.05.03.)의 전날 이전에 청구하여, 종합병원 암주요치료지원금(연간 1천만원 이상 2천만원 미만)에 해당하는 “1,000만원(특약보험가입금액의 100%)” 지급

“② 암수술”로 인하여 발생한 암 주요치료비 : 500만원

⇒ 연간 암 주요치료비 본인부담금 총액 : 1,700만원

(1,200만원 + 500만원)

변경된 연간 암 주요치료비 본인부담금 총액이 이미 지급된 종합병원 암주요치료지원금(연간 1천만원 이상 2천만원 미만) 지급사유에 해당하여, 해당 년도에 추가적으로 종합병원 암주요치료지원금이 지급되지 않음

제2-3조의2 보험료 납입면제에 관한 세부규정

- ① 특약보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
- ③ 제2항에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제2-4조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금을 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

심신상실

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

제2-4조의2 보험료 납입을 면제하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는

보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-5조 사고증명서

- ① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 수술증명서, 진료비세부내역서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함), 항암약물치료증명서, 항암방사선치료증명서, 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-6조 보험금 받는 방법의 변경

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-7조 보험수익자의 지정

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

법정상속인

법정상속인은 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속 순서에 따라 상속받는 자

민법 제 1000조(상속의 순위)

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
1. 피상속인의 직계비속
 2. 피상속인의 직계존속
 3. 피상속인의 형제자매
 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

민법 제 1001조(대습상속)

전조 제1항 제1호와 제3호의 규정에 의하여 상속인이 될 직계비속 또는 형제자매가 상속개시전에 사망하거나 결격자가 된 경우에 그 직계비속이 있는 때에는 그 직계비속이 사망하거나 결격된 자의 순위에 갈음하여 상속인이 된다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

민법 제 1003조(배우자의 상속순위)

- ① 피상속인의 배우자는 제1000조 제1항 제1호와 제2호의 규정에 의한 상속인이 있는 경우에는 그 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.
- ② 제1001조의 경우에 상속개시 전에 사망 또는 결격된 자의 배우자는 동조의 규정에 의한 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제3관 특약의 성립과 유지

제2-8조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-11조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을

계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타 피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 감액할 수 없습니다.
- ④ 제2항에 따라 특약의 보험가입금액을 감액하는 경우 지급하는 해약환급금이 없을 수도 있으며, 감액 이후 보험금 및 해약환급금은 최초 가입 당시에 안내한 금액보다 적을 수 있습니다.

감액처리에 대한 설명

[감액]

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

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

[보험가입금액을 감액할 때의 해약환급금 지급 예시]

보험가입금액을 감액할 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있는 경우 아래 예시와 같이 해약환급금을 지급합니다.

구 분	감액전	감액후
보험가입금액	1,000만원	500만원
감액시점의 해약환급금	400만원	200만원
감액할 때 지급금액	200만원 (= 400만원 - 200만원)	

제2-8조의2 법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경

- ① 회사는 보험금 지급사유 관련 법령이 개정된 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새

로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도의 변경으로 보험금 지급사유에 해당하는 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 변경사항을 안내할 경우 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내용, 보험료 변경내용, 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 안내합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 바에 따라 특약내용 변경시점의 이 특약의 계약자 적립액을 지급하고, 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2-9조 특약의 소멸

- ① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우.
다만, 주계약의 보험금 지급으로 인하여 주계약이 소멸하는 경우 또는 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보

험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우
 3. 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 "암", "대장점막내암", "비침습방광암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정 되고, "보험금 지급기간"에 사망하였을 경우
 4. 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 "암", "대장점막내암", "비침습방광암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정 되고, "보험금 지급기간"이 경과하였을 경우
- ② 이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ③ 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 "암", "대장점막내암", "비침습방광암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정 되고, "보험금 지급기간"에 사망한 경우에는 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ④ 제2항부터 제3항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-5조(보험금 등의 청구)의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-6조(보험금 등의 지급절차)를 따릅니다. 다만, 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ⑤ 제1항 제2호부터 제3호 및 제2항부터 제3항의 "사망"에는 특약보험기간 또는 "보험금 지급기간"에 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.

실종선고

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

민법 제27조(실종의 선고)

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

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

- ⑥ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 「연명의료중단등결정 및 그 이행」과 관계없이 지급금은 제2항부터 제3항에 해당하는 경우 해당 조항에 따라 지급합니다.

제2-9조의2 “특약의 무효”에 대한 특칙

- ① 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 다음에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(다만, “감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액”을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.
 1. 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되는 경우

무효

당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말함

- ② 제1항에도 불구하고 특약보험기간 중 피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 중 최초로 “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되어 “보험금 지급기간”이 시작된 경우에는 이 특약을 무효로 하지 않습니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-10조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-11조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정된 경우에는 “보험금 지급기간”이 경과하기 전까지 이 특약을 해지할 수 없습니다.
- ③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제2-11조 해약환급금

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <부표1-1>“보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-12조 주계약 약관 규정의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.



구분	지급사유	지급금액
종합병원 암주요치료 지원금	<p>특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 종합병원에서 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암주요치료”를 받아 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 1천만원 이상 발생하였을 때</p> <p>[다만, 최초 진단확정일로부터 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 주요치료를 합하여 최대 5년간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 5회지급)]</p>	[특약보험가입금액의 100%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 1천만원 이상 2천만원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 200%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 2천만원 이상 3천만원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 300%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 3천만원 이상 4천만원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 400%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 4천만원 이상 5천만원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 500%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 5천만원 이상 6천만원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 600%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 6천만원 이상 7천만원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 700%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 7천만원 이상 8천만원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 800%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 8천만원 이상 9천만원 미만 발생하였을 때

		[특약보험가입금액의 900%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액” 이 9천만원 이상 1억원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 1,000%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액” 이 1억원 이상 발생하였을 때

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 또는 “보험금 지급기간” 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 또는 “보험금 지급기간” 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
- 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
- ② 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되었을 경우
3. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
5. 이 특약의 “암 주요치료”는 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 “암”, “대장점막

내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”과 상이한 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 위한 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료도 포함합니다.

6. “암 주요치료비 본인부담금”이라 함은 “암 주요치료”를 받고 해당 치료로 인하여 발생한 비용 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 환자 본인부담금에 해당하는 금액과 비급여에 해당하는 금액의 합계액을 말합니다.
7. “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이라 함은 종합병원에서 “암 주요치료”를 받은 날이 동일한 연간 내에 있는 경우, 해당 치료로 인하여 발생한 “암 주요치료비 본인부담금”을 합산한 금액을 말하며 매년 재산정합니다.
8. “7”에서 “연간”이라 함은 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매년 진단확정일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
9. “보험금 지급기간”이라 함은 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 최초 진단확정일로부터 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다.
10. “7” 및 “8”에도 불구하고 보험수익자가 “보험금 지급기간” 중 매년 진단확정일의 전날 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일 기준의 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”을 기준으로 보험금의 지급사유에 해당하는 종합병원 암주요치료지원금을 지급합니다.
11. “10”의 해당 보험금 청구일 이후 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 변경되어 변경된 기준에 해당하는 종합병원 암주요치료지원금이 이미 지급한 종합병원 암주요치료지원금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 추가적으로 지급하며, 변경된 기준에 해당하는 종합병원 암주요치료지원금이 이미 지급한 종합병원 암주요치료지원금보다 감소한 경우에는 회사는 보험수익자에게 이미 지급한 종합병원 암주요치료지원금의 반환을 청구할 수 있습니다.

부표2-2 | 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표
(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암 제외)



별첨2 [표 5-1] 참조

보험금 대리청구 지정서비스특약



약 관 목 차

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

제2조 용어의 정의

제2관 보험금 대리청구인의 지정에 관한 사항

제3조 적용대상

제4조 보험금 대리청구인의 지정

제5조 대리청구인의 변경지정

제3관 보험금의 청구 및 지급절차

제6조 대리청구인에 의한 보험금의 청구

제7조 대리청구인에 의한 보험금의 지급절차

제4관 특약의 성립과 유지

제8조 특약의 성립

제9조 특약의 소멸

제10조 해지된 특약의 부활(효력회복)

제5관 기타사항

제11조 주계약 약관 규정의 준용

보험금 대리청구 지정서비스특약

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정에 대비하여 보험금의 대리청구인을 지정하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 주계약 약관을 준용합니다.

제2관 보험금 대리청구인의 지정에 관한 사항

제3조 적용대상

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.

제4조 보험금 대리청구인의 지정

① 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 이후 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금 대리청구인(이하 “대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 대리청구인은 제5조(대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 제6조(대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 의한 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

- ② 제1항에도 불구하고, 대리청구인이 지정된 이후에 제3조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정한 대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제5조 대리청구인의 변경지정

계약자는 다음의 서류를 제출하고 대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 (기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제3관 보험금의 청구 및 지급절차

제6조 대리청구인에 의한 보험금의 청구

- ① 대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류 중 해당서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 대리청구인에 의한 보험금의 지급절차

- ① 대리청구인이 제6조(대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제3조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받

더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제4관 특약의 성립과 유지

제8조 특약의 성립

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

제9조 특약의 소멸

① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우.

다만, 주계약의 보험금 지급으로 인하여 주계약이 소멸하는 경우 또는 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우

② 제1항의 “사망”에는 특약보험기간에 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.

제10조 해지된 특약의 부활(효력회복)

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

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

제5관 기타사항

제11조 주계약 약관 규정의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

사후 사망보험금 신속지급특약



약 관 목 차

제1관 목적 및 용어의 정의

- 제1조 목적
- 제2조 용어의 정의
- 제2조의2 통화의 정의

제2관 보험금의 지급

- 제3조 보험금의 지급사유
- 제4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제5조 보험금의 청구
- 제6조 보험금의 지급절차

제3관 특약의 성립과 유지

- 제7조 특약의 성립
- 제8조 특약의 무효
- 제9조 특약의 소멸

제4관 보험료의 납입

- 제10조 보험료의 납입 및 특약의 보장개시
- 제11조 해지된 특약의 부활(효력회복)

제5관 계약자의 해지

- 제12조 계약자의 임의해지

제6관 기타사항

- 제13조 주계약 약관규정의 준용

[부표1] 재해분류표

※ "원화형" 및 "달러형"은 주계약의 기준통화를 따릅니다.

사후 사망보험금 신속지급특약

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자가 사망하였을 때 사망보험금의 신속한 지급을 지원하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다. 다만, 이 특약에서 정의되지 않은 용어의 정의는 주계약 약관을 준용합니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 주계약 및 사망보장특약 : 주계약 및 그에 부가된 사망을 보장하는 특약을 말합니다.
- 나. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 이 특약의 피보험자는 “주계약 및 사망보장특약”의 사망보험금에 대한 피보험자를 말합니다.
- 다. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말하며, 이 특약의 보험수익자는 “주계약 및 사망보장특약”의 사망보험금에 대한 보험수익자를 말합니다.

제2조의2 통화의 정의

보험종목	통화의 정의
원화형	보험금의 지급에 사용되는 통화는 대한민국의 통화(그 단위는 ‘원’이라 합니다)로 합니다.
달러형	보험금의 지급에 사용되는 통화는 아메리카합중국의 통화(그 단위는 ‘달러’라 합니다)로 합니다. 다만, 예금보험에 따른 지급보장에 관련한 통화는 대한민국의 통화로 합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 보험금의 지급사유

회사는 특약보험기간 중 피보험자가 제10조(보험료의 납입 및 특약의 보장개시) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하였을 때 보험수익자에게 “주계약 및 사망보장특약”에서 지급할 사망보험금의 일부를 지급합니다. 다만, 피보험자가 재해분류표(<부표1> 참조)에서 정한 “재해”를 직접적인 원인으로 사망한 경우에 지급되는 사망보험금은 이 특약의 보험금 지급 대상에서 제외합니다.

제4조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 지급금액은 “주계약 및 사망보장특약”에서 지급할 사망보험금의 50%이내에서 지급하며, 다른 계약을 합산하여 피보험자 1인당 3,000만원(달러형의 경우 30,000달러)을 최고한도로 하여 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험금을 청구한 보험수익자가 사망보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 해당 보험수익자에 대한 사망보험금의 지급비율에 해당하는 금액을 초과할 수 없습니다. 또한, 일부 보험수익자에게 이 특약에 따른 보험금을 지급한 경우, 차후 남은 사망보험금 지급시 그 보험수익자에게 해당하는 사망보험금에서 이 특약에 따라 지급한 보험금을 차감하고 나머지 사망보험금을 지급합니다.
- ③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 뚜렷한 사기의사 등에 의하여 회사가 보험금 지급책임의 의무가 없을 것으로 판단하는 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 회사는 이 특약에 따라 보험금을 지급한 경우 지급일 이후 “주계약 및 사망보장특약”의 약관에서 정하는 사망보험금의 청구를 받더라도 이 특약에 따라 지급된 보험금은 지급하지 않습니다.
- ⑤ “주계약 및 사망보장특약”의 약관에서 정하는 사망보험금 지급청구를 받아 그 사망보험금이 지급된 이후에는 이 특약에 따른 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조 보험금의 청구

- ① 보험수익자는 다음의 서류 중 해당서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합

니다.

1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 보험금의 지급절차

- ① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 1영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약에 따라 「사망보험금을 분할하여 지급하는 “주계약 및 사망보장특약”의 사망보험금」이 지급되는 경우, 회사는 이 특약에 따라 지급된 보험금을 제외하고 남은 사망보험금에 대하여 일시금으로 지급합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제7조 특약의 성립

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 청약이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

계약의 청약

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

제8조 특약의 무효

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 합니다.
 1. 보험수익자가 자연인이 아닌 경우
 2. 보험수익자가 미성년자인 경우

3. 보험수익자가 법정상속인인 경우. 다만, 보험수익자 중 1인 이상이 실명으로 지정되어 있는 경우는 제외
- ② 회사는 이 특약에 의하여 “주계약 및 사망보장특약”의 보험금을 지급한 후에도 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기 의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 이 특약을 무효로 하여 보험수익자는 이미 지급받은 보험금을 회사에 반환하여야 합니다.
- ③ 회사는 이 특약에 따라 “주계약 및 사망보장특약”의 보험금을 지급한 후에도 피보험자의 부당한 행위에 의하여 보험금이 지급되었을 경우에는 특약을 무효로 하며 보험수익자는 이미 지급받은 보험금을 회사에 반환하여야 합니다.
- ④ 제2항 및 제3항의 경우 보험수익자가 회사에 보험금을 반환하지 않는 때에는 회사는 보험금, 환급금 등 계약자 또는 보험수익자에게 지급하여야 할 지급금에서 아직 반환받지 못한 보험금을 차감할 수 있습니다.

제9조 특약의 소멸

- ① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우.
다만, 주계약의 보험금 지급으로 인하여 주계약이 소멸하는 경우 또는 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우
 3. 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금의 지급이 완료된 경우
- ② 제1항의 “사망”에는 특약보험기간에 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.

제4관 보험료의 납입

제10조 보험료의 납입 및 특약의 보장개시

- ① 이 특약에 따라 납입하는 보험료는 없습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음 날로 합니다.

부활(효력회복)

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

제11조 해지된 특약의 부활(효력회복)

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제10조(보험료의 납입 및 특약의 보장개시)를 준용합니다.

제5관 계약자의 해지

제12조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 계약자에게 지급되는 해약환급금은 없습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제6관 기타사항

제13조 주계약 약관규정의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관규정을 따릅니다.



별첨2 [표 1] 참조

선지급서비스특약



약 관 목 차

제1관 목적 및 용어의 정의

- 제1조 목적
- 제2조 용어의 정의
- 제2조의2 통화의 정의

제2관 보험금의 지급

- 제3조 보험금의 지급사유
- 제4조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제5조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제6조 보험금의 청구
- 제7조 보험금의 지급절차

제3관 특약의 성립과 유지

- 제8조 특약의 성립
- 제9조 특약의 소멸

제4관 보험료의 납입

- 제10조 보험료의 납입 및 특약의 보장개시
- 제11조 해지된 특약의 부활(효력회복)

제5관 보험금 대리청구인의 지정 및 보험금 청구에 관한 사항

- 제12조 적용대상
- 제13조 보험금 대리청구인의 지정
- 제14조 대리청구인의 변경지정
- 제15조 대리청구인에 의한 보험금의 청구
- 제16조 대리청구인에 의한 보험금의 지급절차

제6관 기타사항

- 제17조 주계약이 2인(3인, 多人)보장보험계약인 경우의 특칙
- 제18조 다른 특약의 취급

제19조 주계약 약관규정의 준용

[부표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

※ "원화형" 및 "달러형"은 주계약의 기준통화를 따릅니다.

선지급서비스특약

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 남은 생존기간이 6개월 이내일 경우 주계약 또는 특약에서 보장하는 사망보험금의 일부 또는 전부를 피보험자에게 미리 지급하여 피보험자를 지원하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다. 다만, 이 특약에서 정의되지 않은 용어의 정의는 주계약 약관을 준용합니다.

1. 주계약 및 사망보장특약 : 주계약 및 그에 부가된 사망을 보장하는 특약을 말합니다.
2. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말하며, 이 특약의 피보험자는 “주계약 및 사망보장특약”의 피보험자로 합니다.
2. 보험수익자 : 이 특약의 보험수익자는 피보험자와 동일인으로 합니다.
3. 종합병원 : 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 종합병원을 말합니다.
4. 보험기간 : 이 특약에 따라 보장을 받는 기간으로 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가한 날부터 “주계약 및 사망보장특약”의 보험기간이 끝나는 날의 1년(12개월) 이전까지로 합니다. 다만, “주계약 및 사망보장특약”이 갱신계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 1년(12개월) 이전까지로 합니다.