

## 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.>

- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 「연명의료중단등결정 및 그 이행」과 관계없이 지급금은 제2항에 해당하는 경우 해당 조항에 따라 지급합니다.

## 제2-9조의2 “특약의 무효”에 대한 특칙

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

## 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 계약자는 이 특약의 특정 보장계약만을 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.



- ※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
- ※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ※ “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.
- ※ 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
- ※ “표적항암약물허가치료”의 경우 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 외 사용이지만, “암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)”으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 “효능효과” 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
- ※ “표적항암약물허가치료”에 대한 암치료포인트는 “표적항암제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때 산정되며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2-1조의 10(“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.

※ “암치료” 및 “암치료포인트”의 정의

- 이 특약에 있어서 보장하는 “암치료”는 각 보장계약별 보험금 지급사유에 따른 하기 표에 있는 비관혈수술, 관혈수술, 항암약물치료, 표적항암약물허가치료, 항암 방사선치료 및 항암양성자방사선치료를 말합니다.
- 이 특약에 있어서 “암치료포인트”는 암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 “치료그룹”에 속한 치료를 받았을 경우에 해당하는 점수를 말합니다. 이때, “치료그룹”은 암수술치료군, 항암약물치료군, 항암방사선치료군으로 정의합니다.

점수 (치료구분)	치료그룹		
	암수술치료군	항암약물치료군	항암방사선치료군
1점(기본치료)	비관혈수술	항암약물치료	항암방사선치료
2점(고급치료)	관혈수술	표적항암약물허가치료	항암양성자방사선치료

- 각 보장계약별 보험금 지급 여부는 “암치료”를 받을 때마다 합산하여 “누적된 암 치료포인트”를 따릅니다. 다만, 암치료포인트는 최대 5점으로 합니다.
- “암치료포인트”는 진단 확정된 암 종류에 상관없이 각 “치료그룹”을 기준으로 합산하여 부여합니다.
- 다만, 동일한 “치료그룹”에 속하는 치료를 여러 차례 받았을 경우, 가장 점수가 높은 치료 1회만 적용됩니다.
- 동일한 “치료그룹” 내에서, “2점”을 부여받고 이후 “1점”에 해당하는 치료를 받더라도 점수는 추가로 부여되지 않습니다. 또한 동일한 “치료그룹” 내에서, “1점”을 부여받고 이후 “2점”에 해당하는 치료를 받은 경우, “2점”에 해당하는 점수만 적용됩니다.

[1점이상 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
(1점이상) 암치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 "암치료"를 받아 "누적된 암치료포인트"가 "1점이상"이 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

[2점이상 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
(2점이상) 암치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 "암치료"를 받아 "누적된 암치료포인트"가 "2점이상"이 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

[3점이상 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
(3점이상) 암치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 "암치료"를 받아 "누적된 암치료포인트"가 "3점 이상"이 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

[4점이상 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
(4점이상) 암치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 "암치료"를 받아 "누적된 암치료포인트"가 "4점 이상"이 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

[5점이상 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
(5점이상) 암치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 “암치료”를 받아 “누적된 암치료포인트”가 “5점이상”이 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

#### ■ “암치료포인트” 산정 예시

1. 표적항암약물허가치료(2점)를 받은 경우

→ 총 “2점” 산정

※ 표적항암약물허가치료는 항암약물치료에도 해당되나, 항암약물치료와 표적항암약물허가치료는 같은 치료그룹(항암약물치료군)에 속하므로, 가장 큰 “2점”만 적용합니다.

2. 관혈수술(2점)을 받고, 다른 비관혈수술(1점)을 받은 경우

→ 총 “2점” 산정

※ 관혈수술과 비관혈수술은 같은 치료그룹(암수술치료군)에 속하므로, 가장 큰 “2점”만 적용합니다.

3. 항암방사선치료(1점)을 받고, 항암양성자방사선치료(2점)을 받은 경우

→ 총 “2점” 산정

※ 항암방사선치료와 항암양성자방사선치료는 같은 치료그룹(항암방사선치료군)에 속하므로, 가장 큰 “2점”만 적용합니다.

4. 관혈수술(2점)을 받고, 항암약물치료(1점)을 받은 경우

→ 총 “3점” 산정

※ 암수술치료군에서 발생한 2점과, 항암약물치료군에서 발생한 1점을 합산하여 “3점”이 적용됩니다.

5. 대장암 진단 확정 후 관혈수술(2점), 항암약물치료(1점)을 받고 기타피부암 진단 확정 후 관혈수술(2점), 항암약물치료(1점)을 받은 경우

→ 총 “3점” 산정

※ 진단 확정된 암 종류에 상관없이 각 “치료그룹”을 기준으로 암수술치료군 2점과 항암약물치료군 1점을 한 번씩 합산하여 적용합니다.



## ■ “암치료급여금” 지급 예시(1)

### ○ 예시기준

: 최초계약의 계약일부터 1년 후 지급사유 발생시,

보험가입금액 - [1점이상 보장계약] 500만원, [2점이상 보장계약] 2,000만원,

[3점이상 보장계약/4점이상 보장계약/5점이상 보장계약] 각 2,500만원

1. “누적된 암치료포인트”가 없는 피보험자가 암치료를 받아 누적포인트가 2점이 된 경우  
→ [1점이상 보장계약]에 해당하는 500만원, [2점이상 보장계약]에 해당하는 2,000만원을 각각 지급 (보험금 지급 후 [1점이상 보장계약] 및 [2점이상 보장계약]은 소멸됩니다.)
2. “누적된 암치료포인트”가 2점이 되어 [1점이상 보장계약] 및 [2점이상 보장계약]에 해당하는 급여금을 이미 지급 받은 피보험자가 다른 암치료를 받아 누적포인트가 4점이 된 경우  
→ [3점이상 보장계약]에 해당하는 2,500만원, [4점이상 보장계약]에 해당하는 2,500만원을 각각 지급 (보험금 지급 후 [3점이상 보장계약] 및 [4점이상 보장계약]은 소멸됩니다.)
3. “누적된 암치료포인트”가 3점이 되어 [1점이상 보장계약], [2점이상 보장계약] 및 [3점이상 보장계약]에 해당하는 급여금을 이미 지급 받은 피보험자가 다른 암치료를 받아 누적포인트가 6점이 된 경우  
→ [4점이상 보장계약]에 해당하는 2,500만원, [5점이상 보장계약]에 해당하는 2,500만원을 각각 지급 (보험금 지급 후 [4점이상 보장계약] 및 [5점이상 보장계약]은 소멸됩니다.)  
→ 모든 보장계약에 해당하는 보험금 지급사유가 발생하였으므로 특약 소멸

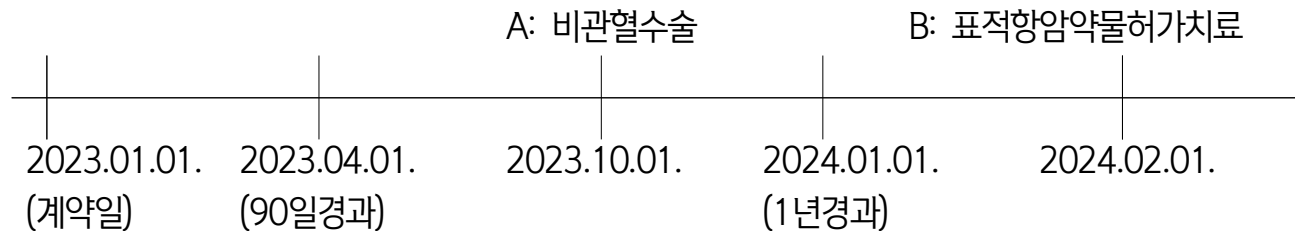
※ 보험금은 최대 5점까지의 “암치료포인트”에 대하여만 지급되므로, “암치료포인트”가 6점이 되더라도 “5점이상”에 해당하는 보험금만 지급됩니다.

※ “암치료포인트”는 최초계약의 계약일부터 합산하며, 갱신계약의 경우 갱신 전 계약의 “누적된 암치료포인트”를 합산하여 적용합니다.

## ■ “암치료급여금” 지급 예시(2)

○ 예시기준 : 2023년 1월 1일 최초가입

보험가입금액 - [1점이상 보장계약] 500만원, [2점이상 보장계약] 2,000만원,  
[3점이상 보장계약/4점이상 보장계약/5점이상 보장계약] 각 2,500만원



○ 경과기간별 보험금 지급

1. A: 비관혈수술 (1년 미만) : “누적 암치료포인트” 1점

→ [1점이상 보장계약]에 해당하는 500만원 중 50% 지급  
(보험금 지급 후 [1점이상 보장계약] 은 소멸됩니다.)

2. B: 표적항암약물허가치료 : “누적 암치료포인트” 3점

→ [2점이상 보장계약]에 해당하는 2,000만원, [3점이상 보장계약]에 해당하는 2,500만원을 각각 지급  
(보험금 지급 후 [2점이상 보장계약] 및 [3점이상 보장계약]은 소멸됩니다.)

※ 총 지급 보험금(1점이상, 2점이상, 3점이상 보장계약) : 4,750만원

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



별첨2 [표 5-1] 참조

부표2-3 | 제자리의 신생물 분류표  
(대장점막내암 및 비침습방광암 제외)



별첨2 [표 6-1] 참조

부표2-4 | 행동양식 불명 또는 미상의 신생물  
분류표



별첨2 [표 7] 참조

부표2-5 | 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명



별첨2 [표 59] 참조



## (간편)급여뇌심장질환특정검사지원특약 (무배당, 갱신형)



## 약 관 목 차

### 제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 참조

### 제2편 개별사항

#### 제1관 용어의 정의 등

- 제2-1조 특약의 보장개시
- 제2-1조의2 특약의 보험기간 및 갱신
- 제2-1조의3 “뇌심장질환”의 정의 및 진단확정
- 제2-1조의4 “급여 뇌심장질환 검사”의 정의 및 장소
- 제2-1조의5 “급여 혈관조영술검사”의 정의 및 장소

#### 제2관 보험금의 지급

- 제2-2조 보험금의 지급사유
- 제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제2-4조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제2-5조 사고증명서
- 제2-6조 보험금 받는 방법의 변경
- 제2-7조 보험수익자의 지정

#### 제3관 특약의 성립과 유지

- 제2-8조 특약내용의 변경 등
- 제2-8조의2 법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경
- 제2-9조 특약의 소멸

#### 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] 뇌심장질환 분류표

[부표2-3] 급여 뇌심장질환 검사 분류표

[부표2-4] 급여 혈관조영술 분류표

## (간편)급여뇌심장질환특정검사지원특약 (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.

##### 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 경우에



는 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 갱신 전 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 보험기간 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
- 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<sup>(※)</sup>을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.

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

## 제2-1조의3 “뇌심장질환”의 정의 및 진단

- ① 이 특약에 있어서 “뇌심장질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사 인분류 중 <부표2-2> “뇌심장질환 분류표”에 해당하는 항목을 말합니다.
- ② “뇌심장질환”의 진단은 의료기관의 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 혈액검사, 심전도, 심도자검사, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
  1. 보험기간 중 “뇌심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
  2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 “뇌심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

#### 전산화단층촬영(CT)

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

#### 자기공명영상(MRI)

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

#### 뇌혈관조영술

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

#### 단일광자방출 전산화단층술(SPECT)

Single Photon Emission Computed Tomography.  $\gamma$ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

#### 양전자방출단층술(PET)

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

#### 뇌척수액 검사

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

### 제2-1조의4 “급여 뇌심장질환 검사”의 정의 및 장소

- ① 이 특약에 있어서 “급여 뇌심장질환 검사”이라 함은 의사에 의하여 뇌심장질환의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사에 의하여 <부표2-3> “급여 뇌심장질환 검사 분류표”에 해당하는 뇌CT, 심장CT, 뇌MRI, 심장MRI, 심장초음파, 뇌파검사, 뇌척수액검사 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

- ② “급여 뇌심장질환 검사”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 “요양급여”라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 “의료급여”라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다. 다만 “수가코드” 폐지 또는 변경으로 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전 기준에 따릅니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 “급여 뇌심장질환검사” 외에 “급여 뇌심장질환검사”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

## 제2-1조의5 “급여 혈관조영술검사”의 정의 및 장소

- ① 이 특약에 있어서 “급여 혈관조영술검사”라 함은 의사에 의하여 피보험자의 뇌심장질환의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사에 의하여 <부표2-4> “급여 혈관조영술 분류표”에 해당하는 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술 의료행위를 받은 경우를 말합니다.
- ② “급여 혈관조영술검사”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 “요양급여”라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 “의료급여”라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다. 다만 “수가코드” 폐지 또는 변경으로 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전 기준에 따릅니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 “급여 혈관조영술검사” 외에 “급여 혈관조영술검사”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

## 제2관 보험금의 지급

## 제2-2조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지 사유가 발생한 경우 보험수익자에게 약정한 보험금(<부표2-1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 특약보험기간 중 피보험자가 「의료기관의 의사에 의하여 “뇌심장질환”으로 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 뇌심장질환 검사”」를 받았을 때 : 급여 뇌심장질환 검사급여금 (다만, 연간 1회에 한함)

※ 상기 급여 뇌심장질환 검사는 “급여 뇌심장질환 검사 분류표”(<부표2-3> 참조)에서 정하는 의료행위를 말합니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자가 「의료기관의 의사에 의하여 “뇌심장질환”으로 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 혈관조영술 검사”」를 받았을 때 : 급여 혈관조영술 검사급여금 (다만, 연간 1회에 한함)

※ 상기 급여 뇌심장질환 혈관조영술 검사는 “급여 혈관조영술 분류표”(<부표2-4> 참조)에서 정하는 의료행위를 말합니다.

## 제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 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.
- ② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 <부표2-1> “보험금 지급기준표”에서 정한 바에 따라 삭감하여 지급합니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 각각 연간 1회 한도로 보장합니다.
- ⑤ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 “연간”이라 함은 계약일부터 매 1

년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 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

## 제2-5조 사고증명서

- ① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료행위코드(EDI) 기재), 진료비계산서, 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 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 새로운 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(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 이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

- ③ 제2항의 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.
- ④ 제1항 제2호의 “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.

#### 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.>

- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 「연명의료중단등결정 및 그 이행」과 관계없이 지급금은 제2항에 해당하는 경우 해당 조항에 따라 지급합니다.

## 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 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
급여 뇌심장질환 검사급여금	특약보험기간 중 피보험자가 「의료기관 의 의사에 의하여 “뇌심장질환”으로 진 단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여뇌심장질환검사”」를 받았을 때 (다 만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부 터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입 금액의 0.5%”를 지급함)
급여 혈관조영술 검사급여금	특약보험기간 중 피보험자가 「의료기관 의 의사에 의하여 “뇌심장질환”으로 진 단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 혈관조영술검사”」를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부 터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입 금액의 0.5%”를 지급함)

※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

※ 뇌심장질환 : 뇌질환, 뇌전증, 파킨슨병, 뇌수막염, 허혈심장질환, 류마티스심장질환  
등 (세부사항은 <부표2-2> 참조)

※ 급여뇌심장질환검사 : 뇌심장질환 CT/MRI, 심장초음파, 뇌파검사, 뇌척수액 검사  
(세부사항은 <부표2-3> 참조)

※ 급여혈관조영술검사 : 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술 (세부사항은 <부표2-4> 참조)

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이  
해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이  
없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서  
에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자  
에게 지급합니다.
2. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기  
간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월  
의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

부표2-2 |

뇌심장질환 분류표



별첨2 [표 113] 참조

부표2-3 |

급여 뇌심장질환 검사 분류표



별첨2 [표 114] 참조

부표2-4 |

급여 혈관조영술 분류표



별첨2 [표 115] 참조

## (간편)급여바늘생검조직병리진단특약 (무배당, 갱신형)



## 약 관 목 차

### 제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 참조

### 제2편 개별사항

#### 제1관 용어의 정의 등

제2-1조 특약의 보장개시

제2-1조의2 특약의 보험기간 및 갱신

제2-1조의3 “급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단”의 정의 및 장소

제2-1조의4 “급여 유방 바늘생검 조직병리진단”의 정의 및 장소

제2-1조의5 “급여 전립선 바늘생검 조직병리진단”의 정의 및 장소

#### 제2관 보험금의 지급

제2-2조 보험금의 지급사유

제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정

제2-4조 보험금을 지급하지 않는 사유

제2-5조 사고증명서

제2-6조 보험금 받는 방법의 변경

제2-7조 보험수익자의 지정

#### 제3관 특약의 성립과 유지

제2-8조 특약내용의 변경 등

제2-8조의2 법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경

제2-9조 특약의 소멸

#### 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

## (간편)급여바늘생검조직병리진단특약 (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.

##### 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 경우에

는 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 갱신 전 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 보험기간 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
- 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<sup>(※)</sup>을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.

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

## 제2-1조의3 "급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단"의 정의 및 장소

- ① 이 특약에 있어서 “급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단”이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2023-28호, 2023.3.1. 시행)」에서 정한 아래의 수가코드에 해당하는 의료행위를 하는 것(이하 “급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단 인정기준”이라 합니다)을 말합니다.

### <급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단 분류표>

분류항목	수가코드
갑상선생검-침생검	C8591

- ② 제1항의 “급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 “요양급여”라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 “의료급여”라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단 인정기준이 폐지 또는 변경된 경우에는 “급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단” 당시의 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수가코드 폐지 또는 변경으로 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 전 급여인정 기준을 적용합니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 “급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단” 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 “급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단” 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 “급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단”은 특약보험기간 중 갑상선의 영상의학적 검사, 혈액 검사, 신체 검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

#### 침생검(Needle Biopsy)>

종양 또는 이상이 의심되는 부위로 바늘을 찔러 조직이나 액체를 채취하는 조직검사 방법

### 제2-1조의4 "급여 유방 바늘생검 조직병리진단"의 정의 및 장소

- ① 이 특약에 있어서 “급여 유방 바늘생검 조직병리진단”이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2023-28호, 2023.3.1. 시행)」에서 정한 아래의 수가코드에 해당하는 의료행위를 하는 것(이하 “급여 유방 바늘생검 조직병리진단 인정기준”이라 합니다)을 말합니다.

#### <급여 유방 바늘생검 조직병리진단 분류표>

분류항목	수가코드
유방생검[편측]-침생검	C8641

- ② 제1항의 “급여 유방 바늘생검 조직병리진단”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 “요양급여”라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 “의료급여”라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·

비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 급여 유방 바늘생검 조직병리진단 인정기준이 폐지 또는 변경된 경우에는 “급여 유방 바늘생검 조직병리진단” 당시의 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수가코드 폐지 또는 변경으로 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 전 급여인정 기준을 적용합니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 “급여 유방 바늘생검 조직병리진단” 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 “급여 유방 바늘생검 조직병리진단” 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 “급여 유방 바늘생검 조직병리진단”은 특약보험기간 중 유방의 영상의학적 검사, 혈액 검사, 신체 검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “급여 유방 바늘생검 조직병리진단”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사 결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

## 제2-1조의5 “급여 전립선 바늘생검 조직병리진단”의 정의 및 장소

- ① 이 특약에 있어서 “급여 전립선 바늘생검 조직병리진단”이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2023-28호, 2023.3.1. 시행)」에서 정한 아래의 수가코드에 해당하는 의료행위를 하는 것(이하 “급여 전립선 바늘생검 조직병리진단 인정기준”이라 합니다)을 말합니다.

### <급여 전립선 바늘생검 조직병리진단 분류표>

의료행위명칭	수가코드
전립선생검-경피적	C8551

- ② 제1항의 급여 전립선 바늘생검 조직병리진단은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 “요양급여”라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 “의료급여”라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ③ 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 급여 전립선 바늘생검 조직병리진단 인정기준이 폐지 또는 변경된 경우에는 “급여 전립선 바늘생검 조직병리진단” 당시의 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수가 코드 폐지 또는 변경으로 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 전 급여인정 기준을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 “급여 전립선 바늘생검 조직병리진단” 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 “급여 전립선 바늘생검 조직병리진단” 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 “급여 전립선 바늘생검 조직병리진단”은 특약보험기간 중 전립선의 영상의학적 검사, 혈액 검사, 신체 검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “급여 전립선 바늘생검 조직병리진단”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

## 제2관 보험금의 지급

### 제2-2조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지 사유가 발생한 경우 보험수익자에게 약정한 보험금(<부표2-1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「의료기관의 의사에 의하여 질병 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 "급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단"」을 받았을 때 : 급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단급여금 (다만, 연간 1회에 한함)
2. 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「의료기관의 의사에 의하여 질병 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 "급여 유방 바늘생검 조직병리진단"」을 받았을 때 : 급여 유방 바늘생검 조직병

리진단급여금 (다만, 연간 1회에 한함)(다만, 여성 피보험자에 한합니다.)

3. 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「의료기관의 의사에 의하여 질병 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 “급여 전립선 바늘생검 조직병리진단”」을 받았을 때 : 급여 전립선 바늘생검 조직 병리진단급여금 (다만, 연간 1회에 한함)

## 제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 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.
- ② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호부터 제3호의 경우 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 <부표2-1> “보험금 지급기준표”에서 정한 바에 따라 삭감하여 지급합니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호부터 제3호의 경우 각각 연간 1회를 지급한도로 합니다.
- ⑤ “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 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

### 제2-5조 사고증명서

- ① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 진료비 계산서, 진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)’ 필수 기재), 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)

전조제1항제1호와 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 제1000조제1항제1호와 제2호의 규정에 의한 상속인이 있는 경우에는 그 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.
- ② 제1001조의 경우에 상속개시전에 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 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 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도가 폐지되

는 경우

2. 법령의 개정 등에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도의 변경으로 보험금 지급사유에 해당하는 판정이 불가능한 경우
  3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정 등에 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(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 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 제2항의 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.
- ④ 제1항 제2호 및 제2항의 “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.

### 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.>

- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 「연명의료중단등결정 및 그 이행」과 관계없이 지급금은 제2항에 해당하는 경우 해당 조항에 따라 지급합니다.

## 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 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
급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「의료기관의 의사에 의하여 질병 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 "급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단"」을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)
급여 유방 바늘생검 조직병리진단 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「의료기관의 의사에 의하여 질병 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 "급여 유방 바늘생검 조직병리진단"」을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)
급여 전립선 바늘생검 조직병리진단 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「의료기관의 의사에 의하여 질병 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 "급여 전립선 바늘생검 조직병리진단"」을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)

※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 급여 유방 바늘생검 조직병리진단급여금의 경우 피보험자가 여성인 경우에 한합니다.
3. '연간'이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.





## (간편)급여암특정재활치료특약 (무배당, 갱신형)



## 약 관 목 차

### 제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 참조

### 제2편 개별사항

#### 제1관 용어의 정의 등

- 제2-1조 특약의 보장개시
- 제2-1조의2 특약의 보험기간 및 갱신
- 제2-1조의3 “암” 등의 정의 및 진단확정
- 제2-1조의4 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정
- 제2-1조의5 “비침습방광암”의 정의 및 진단확정
- 제2-1조의6 “급여암특정재활치료(기본물리치료)”의 정의
- 제2-1조의7 “급여암특정재활치료(단순재활치료)”의 정의
- 제2-1조의8 “급여암특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)”의 정의

#### 제2관 보험금의 지급

- 제2-2조 보험금의 지급사유
- 제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제2-4조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제2-5조 사고증명서
- 제2-6조 보험금 받는 방법의 변경
- 제2-7조 보험수익자의 지정

#### 제3관 특약의 성립과 유지

- 제2-8조 특약내용의 변경 등
- 제2-8조의2 법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경
- 제2-9조 특약의 소멸
- 제2-9조의2 “특약의 무효”에 대한 특칙