

9988NH 건강보험

|갱신형,비갱신형,무배당|_2404

약관 | 판매월 2026.01

A decorative blue arc in the top right corner contains various white line-art icons representing different aspects of life and business: a bar chart, a mountain, an airplane, a truck, a handshake, a car with a shield, a heart with a pulse line, and a house.

약관을 쉽게 이용할 수 있는 약관 이용 Guide Book



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



1

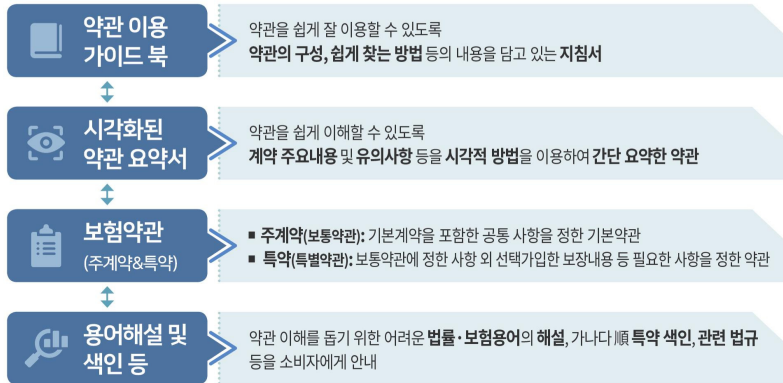
보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약 조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

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

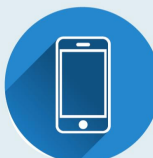
2

한눈에 보는 약관의 구성



3

QR코드를 통한 편리한 정보 이용



QR(Quick Response) 코드란?

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

홈페이지



보험금 지급절차



전국 지점



보험약관 핵심사항 등과 관련된 **해당 조문, 쪽수** 등을 안내드리오니,
약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 확인·숙지하시기 바랍니다.

보험금 지급 및 지급 제한 사항

①	제7조(보험금의 지급사유)	P.71	
	제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)	P.71	
	제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)	P.75	

※ 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 「보험금 지급사유 등」도 반드시 확인할 필요가 있습니다.

청약 철회

②	제21조(청약의 철회)	P.84	

계약 취소

③	제22조(약관교부 및 설명의무 등)	P.86	

계약 무효

④	제23조(계약의 무효)	P.88	

계약전 알릴의무 및 위반 효과

⑤	제18조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	P.80	

보험료 연체 및 해지

⑥	제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 계약의 해지)	P.95	

부활(효력회복)

⑦	제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	P.96	

해약환급금

⑧	제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)	P.98	
	제37조(해약환급금)	P.100	

보험계약대출

⑨	제38조(보험계약대출)	P.101	

5

약관을 쉽게 이용할 수 있는 팁

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

- ① 시각화된 **쉽게 이해하는 약관요약서**를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.
쉽게 이해하는 약관 요약서 P.7

- ② **약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기**를 이용하시면 약관 내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.
핵심체크항목 P.5

- ③ **가나다 순 특약 색인**을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.
(가입한 특약에 한해 보장 받을 수 있습니다.)
특약 색인 P.61

- ④ 약관 내용 중 어려운 보험용어는 **보험용어해설, 약관본문 박스예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.
보험용어해설 P.63

- ⑤ 스마트폰으로 QR코드를 인식하면 **보험금 지급절차, 전국 지점** 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.
QR코드 P.4

- ⑥ **관련법규 항목**을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.

- ⑦ 약관 조항 등이 **음영, 컬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

6

기타문의사항

- ※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지(www.nhlife.co.kr)**, 내맘같은 고객센터 (**1544-4000**)로 문의 가능
- ※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 **금융감독원 금융소비자정보 포털(fine.fss.or.kr)**에서 확인 가능

쉽게 이해하는 약관 요약서



이 요약서는 그림·도표·아이콘·삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로 보험상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다.

보다 자세한 사항은 **상품설명서 및 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.**

※ 이 요약서의 내용을 이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익을 받을 수 있으므로,
동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

1. 보험계약의 개요



- 보험회사명 : 농협생명보험주식회사
- 보험상품명 : 9988NH건강보험(갱신형,비갱신형,무배당)_2404
- 보험상품의 종류 : 건강보험

01. 상품의 주요 특징

◎ 주계약만으로도 4대 주요질병 수술 보장

별도의 특약없이 보장되니까, 4대 주요질병도 안심!

[뇌경색으로 입원하여 수술시] 기준 : 주계약가입금액, 1,000만원

입원 두 번째 날부터 수술동반입원비
매일 8만원
(최대 30일)

수술비 200만원
(수술 1회당)

심질환, 뇌혈관질환,
간·췌장질환,
폐질환 수술동반입원비와
수술자금 보장!

※ 수술동반입원비는 동일한 '질병 및 재해' 또는 '4대주요질병'으로 수술을 동반한 입원을 하는 경우 지급
※ 수술동반입원비 및 수술자금은 가입한도에 미합산

02. "상품명"으로 상품의 특징 이해하기

9988NH건강보험(갱신형,비갱신형,무배당)_2404

- ① **건강보험** : 질병 등으로 인한 위험을 보장하는 상품입니다.
- ② **무배당** : 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
- ③ **갱신형, 비갱신형** : 고객의 선택에 따라 갱신형 또는 비갱신형으로 가입가능한 보험



II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



01. 보험금 지급제한사항



이 보험에는 **면책기간**, **감액지급**, **보장한도** 및 **자기부담금** 등 **보험금 지급 제한 조건**이 부가되어 있습니다. 보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

☑ 면책기간

면책기간

보험금
미지급

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

... 면책기간 적용담보

구분	담보명	면책기간
암진단특약 (갱비갱무)_H	일반암진단보험금	가입후 90일간 보장 제외
소액암진단특약 (갱비갱무)_H	전립선암진단보험금	가입후 90일간 보장 제외
암생활지원특약 (갱비갱무)_H	암완치생활자금	가입후 90일간 보장 제외
플러스암직접치료비 특약(갱비갱무)_H	암직접치료입원비(요양 병원 제외), 암수술자금, 암직접치료수술동반입원비	가입후 90일간 암보장 제외
요양병원암입원특약 (갱비갱무)_H	요양병원암입원급여금	가입후 90일간 암보장 제외

구분	담보명	면책기간
항암방사선·약물 치료특약(갱,무)_H	항암방사선치료자금 항암약물치료자금	가입후 90일 간 암보장 제외
표적항암약물허가 치료특약(갱,무)_H	표적항암약물허가치료자금	가입후 90일 간 암보장 제외
특정항암호르몬약물 허가치료특약(갱,무)_H	특정항암호르몬 약물허가치료자금	가입후 90일 간 암보장 제외
항암양성자방사선 치료특약(갱,무)_H	항암양성자방사선치료자금	가입후 90일 간 암보장 제외
항암세기조절방사선 치료특약(갱,무)_H	항암세기조절방사선치료자 금	가입후 90일 간 암보장 제외
다빈치로봇암수술특약 (갱,무)	다빈치로봇암수술자금1, 다빈치로봇암수술자금2	가입후 90일 간 암보장 제외

민원 사례

A씨는 **암보험 가입후 2개월이 지나서 위암을** 판정받아 보험회사
에 **암진단보험금을 청구**

⇒ 보험회사는 보험가입후 **90일이 경과하지 않아 보험금 지급이
어려움**을 안내

㉠ 감액지급

이 보험에는 **일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)**되는 담보가 있
습니다.

... 감액지급 적용담보

구분	담보명	감액기간 및 비율
주계약	질병재해수술동반입원비, 4대주요질병수술동반입원 비, 4대주요질병수술자금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
암진단특약 (갱,비갱,무)_H	일반암진단보험금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
소액암진단특약 (갱,비갱,무)_H	전립선암진단보험금, 소액암진단보험금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급

감액지급
50%



구분	담보명	감액기간 및 비율
뇌졸중진단특약 (갱비갱무)_H	뇌졸중진단자금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
급성심근경색증진단 특약(갱비갱무)_H	급성심근경색증진단자금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
암생활지원특약 (갱비갱무)_H	암완치생활자금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
뇌졸중생활지원특약 (갱비갱무)_H	뇌졸중완치생활자금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
급성심근경색증생활 지원특약(갱비갱무)_ H	급성심근경색증완치생활자 금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
뇌혈관질환진단특약 (갱비갱무)_H	뇌혈관질환진단자금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
허혈성심질환진단특 약(갱비갱무)_H	허혈성심질환진단자금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
플러스입원특약 (갱비갱무)_H	입원급여금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
플러스수술특약 (갱비갱무)_H	1~5종수술자금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
플러스암직접치료비 특약(갱비갱무)_H	암직접치료입원비(요양병원 제외), 암수술자금, 암직접치료수술동반입원비	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
성인질환치료특약II (갱비갱무)_H	성인질환수술자금, 성인질환입원급여금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
표적항암약물허가 치료특약(갱무)_H	표적항암약물허가치료자금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
특정항암호르몬약물 허가치료특약(갱무)_H	특정항암호르몬 약물허가치료자금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
항암양성방사선 치료특약(갱무)_H	항암양성자 방사선치료자금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
항암세기조절방사선 치료특약(갱무)_H	항암세기조절 방사선치료자금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급

구분	담보명	감액기간 및 비율
다빈치로봇암수술특약 (갱무)	다빈치로봇암수술자금, 다빈치로봇암수술자금2	가입후 1년 간 보험금 50% 지급
자궁근종하이푸치료수 술특약(갱무)_H	자궁근종하이푸치료자금	가입후 1년 간 보험금 50% 지급

☑ 보장한도

보장한도

최초
1회한

보장한도

보험금
지급한도 적용

이 보험에는 **보험금 지급한도**가 설정된 담보가 있습니다.

... **보장한도 적용담보**

구분	담보명	보장한도
주계약	질병재해수술동반입원비 4대주요질병수술동반입원비	1일초과 수술동반입원 1일당30일한도 로 보장
암진단특약 (갱비갱무)_H	일반암진단보험금	최초 1회 에 한해 보장
소액암진단특약 (갱비갱무)_H	전립선암진단보험금, 소액암진단보험금	각 최초 1회 에 한해 보장
뇌졸중진단특약 (갱비갱무)_H	뇌졸중진단자금	최초 1회 에 한해 보장
급성심근경색증진단 특약(갱비갱무)_H	급성심근경색증진단자금	최초 1회 에 한해 보장
암생활지원특약 (갱비갱무)_H	암완치생활자금	최초 1회 에 한해 보장
뇌졸중생활지원특약 (갱비갱무)_H	뇌졸중완치생활자금	최초 1회 에 한해 보장
급성심근경색증생활지 원특약(갱비갱무)_H	급성심근경색증완치생활 자금	최초 1회 에 한해 보장
뇌혈관질환진단특약 (갱비갱무)_H	뇌혈관질환진단자금	최초 1회 에 한해 보장



구분	담보명	보장한도
허혈성심질환진단특약 (갱비갱무)_H	허혈성심질환진단자금	최초 1회 에 한해 보장
플러스입원특약 (갱비갱무)_H	입원급여금	3일초과 1일당 120일한도 로 보장
플러스암작업치료비특약 (갱비갱무)_H	암작업치료입원비 (요양병원 제외)	3일초과 1일당 120일한도 로 보장
	암작업치료수술동반입원비	1일초과 수술동반입원 1일당 30일한도 로 보장
요양병원암입원특약 (갱무)_H	요양병원암입원급여금	3일초과 1일당 60일한도 로 보장
성인질환치료특약II (갱비갱무)_H	성인질환입원급여금	3일초과 1일당 120일한도 로 보장
중환자실입원특약 (갱비갱무)_H	집중치료실입원급여금	60일한도 로 보장
항암방사선·약물 치료특약(갱무)_H	항암방사선치료자금, 항암약물치료자금	각 최초 1회 에 한해 보장
표적항암약물허가 치료특약(갱무)_H	표적항암약물허가치료자금	최초 1회 에 한해 보장
특정항암호르몬약물 허가치료특약(갱무)_H	특정항암호르몬 약물허가치료자금	최초 1회 에 한해 보장
항암양성자방사선 치료특약(갱무)_H	항암양성자 방사선치료자금	최초 1회 에 한해 보장
항암세기조절방사선 치료특약(갱무)_H	항암세기조절 방사선치료자금	최초 1회 에 한해 보장
다빈치로봇암수술특약 (갱무)	다빈치로봇암수술자금, 다빈치로봇암수술자금2	각 최초 1회 에 한해 보장
자궁근종하이푸치료 수술특약(갱무)_H	자궁근종하이푸치료자금	최초 1회 에 한해 보장
간병인사용입원특약 (갱비갱무)_H	입원간병인사용급여금, 입원간호·간병통합서비스 사용급여금(요양병원 제외)	각 180일한도 로 보장

02. 해약환급금에 관한 사항

보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지**할 경우 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.



해약환급금은 납입보험료 보다 적거나 없을 수 있습니다.

* 해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결,유지관리 등에 소요되는 경비, 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급

03. 갱신시 보험료 인상 가능성

이 보험에는 **갱신시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.



갱신형 계약은 **갱신할 때** **마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료가 인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약

- 주계약(갱무)
- 암진단특약(갱무)_H
- 소액암진단특약(갱무)_H
- 뇌졸중진단특약(갱무)_H
- 급성심근경색증진단특약(갱무)_H
- 암생활지원특약(갱무)_H
- 뇌졸중생활지원특약(갱무)_H
- 급성심근경색증생활지원특약(갱무)_H
- 플러스입원특약(갱무)_H
- 플러스수술특약(갱무)_H
- 플러스암적십자치료비특약(갱무)_H
- 성인질환치료특약II(갱무)_H
- 중환자실입원특약(갱무)_H
- 요양병원암입원특약(갱무)_H
- 뇌혈관질환진단특약(갱무)_H
- 허혈성심질환진단특약(갱무)_H
- 항암방사선·약물치료특약(갱무)_H
- 표적항암약물하기치료특약(갱무)_H
- 특정항암호르몬약물하기치료특약(갱무)_H
- 항암양성방사선치료특약(갱무)_H
- 항암세기조절방사선치료특약(갱무)_H
- 다빈치로봇암수술특약(갱무)
- 자궁근종하이푸치료수술특약(갱무)_H
- 간병인사용입원특약(갱무)_H



04. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

① 보장성보험



- ① 이 보험은 질병 등으로 인한 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며 **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**
- ② 중도해지시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.
- ③ 가입한 **특약**의 경우 주계약과 **보험기간이 다릅니다.** (특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다.)

② 유병력자보험



- ① 이 보험의 1형(간편가입형)은 **질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있는 소비자**가 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.
- ② 일반보험 상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입하는 경우 불리할 수 있습니다.

③ 예금자보험제도에 관한 사항



- ① 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타 지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. **이와 별도로 본 보험회사 보호 상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다.** 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

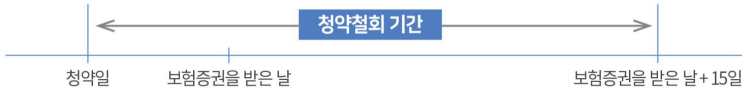
III. 보험계약의 일반사항



01. 청약을 철회할 수 있는 권리

84 페이지

- 보험계약자는 **보험증권을** 받은 날부터 **15일 이내**에 보험계약의 **청약을 철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드립니다.



[청약철회가 불가능한 경우]



- ① **청약일**부터 **30일**(만 65세 이상을 계약자로 하는 '전화'를 이용하여 체결된 보험계약의 경우에는 45일)을 초과한 경우
- ② **회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약**, **보험기간이 90일 이내인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

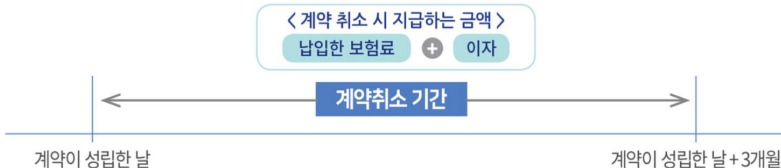
86 페이지

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

☒ 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우

☒ **보험약관**의 **중요내용**을 설명 받지 못한 경우

☒ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**(전자서명 포함)을 하지 않은 경우





03. 보험계약의 무효

88 페이지

- 보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

☒ 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우

☒ 만 15세 미만자, 임신상실자 또는 임신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우

☒ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

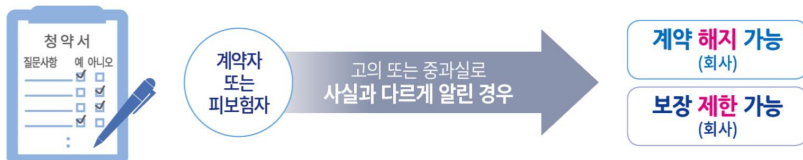
☒ 1회간편가입형에서 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 완하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반 심사보험에 가입한 경우

※ 상기 내용은 주계약의 무효에 관한 사항이며, 특약의 무효 사항은 특약별 상이할 수 있으니 자세한 내용은 약관을 참고하여 주시기 바랍니다.

04. 보험계약전 알릴의무 및 위반시 효과

80 페이지

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



- 주의**
- ① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 구두로 알렸을 경우 **보험계약전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
 - ② 전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로** 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

민원 사례

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

⇒ 보험회사는 **보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움**을 안내

법률 지식

[대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다59837]

일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험 계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수행할 권한이 없음

05. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

95 페이지

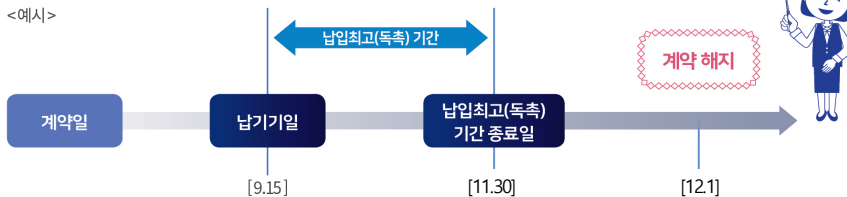
- 보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉) 기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지**됩니다.

※ 납입최고(독촉)기간 : 14일 이상

당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날까지로 합니다.

납입최고(독촉) 기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.

<예시>



㉠ 납입연체 : 제2회이후 보험료를 연체한 경우

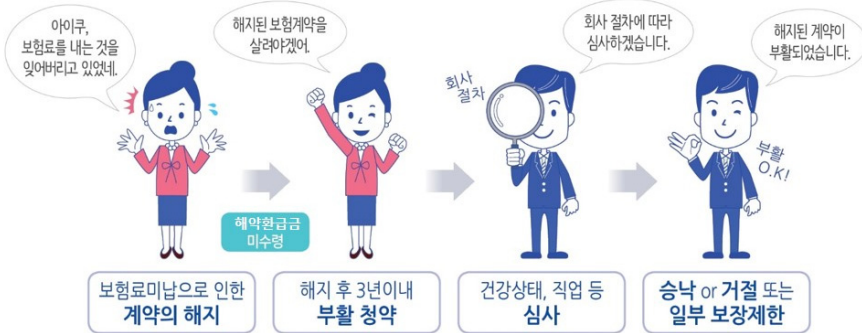


06. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

97 페이지

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

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



07. 보험계약대출

101 페이지

- 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

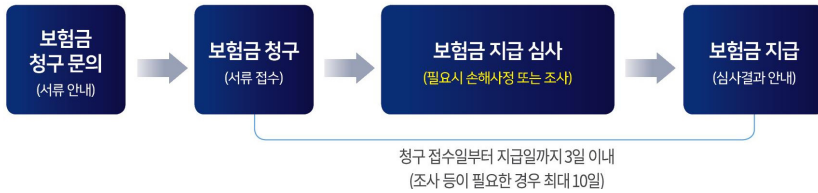
- !** 주의
- ① **상환하지 않은 보험계약대출금** 및 **이자**는 **해약환급금** 또는 **보험금**에서 차감될 수 있습니다.
 - ② **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출**이 **제한**될 수 있습니다.
 - ③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 반드시 **확인**하시기 바랍니다.

<예시>

환급금 내역서				
해약환급금	공제금액		계	실 수령액
	대출원금	이자		
1,000 만원	500 만원	5 만원	505 만원	495 만원



- **보험금**은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유에 조사 및 확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.)



구 분	접 수 처
방 문	전국 농축협 지점, NH농협은행 지점, NH농협생명 지점
우 편	서울특별시 마포구 마포대로 89, 서울마포우체국 사서함 13호 NH농협생명 지급심사정보입력팀(미래) (우 04156)
팩 스	사고보험금 02)6971-6040 분할보험금 02)6971-6060
홈페이지	http://www.nhlife.co.kr > 고객센터 > 보험가이드 > 사고보험금 청구

※ 문의 : NH농협생명 내맘같은 고객센터 1544 - 4000



보험금 청구 전에 보험회사에 **제출서류를 확인**하시기 바랍니다.

공통(필수) 서류
• 보험금 청구서(당사양식) • 청구인(수익자) 신분증(주민등록증, 운전면허증, 여권 등), 내방인 신분증(대리 청구 시) • 청구인(수익자) 통장사본(단, 수익자 통장에서 자동이체되는 경우 제외) • 가족관계 확인 필요 시 : 가족관계증명서, 주민등록등본 등

기타 서류
• 암진단 시 : 암진단 확진이 가능한 검사결과지, 진단서 등 • 수술 시 : 수술확인서, 진료기록부 등 • 입원 시 : 입퇴원확인서, 진료기록부 등 • 재해사망 시 : 사망진단서(사체검안서), 재해입증서류*, 사망사실이 확인된 기본증명서 등 청구서 (당사양식) * 재해입증서류 : 교통사고사실확인원, 119 응급구조일지 등

- 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요청할 수 있습니다.
- 진단서, 통원확인서, 처방전, 진료확인서, 소견서, 수술확인서, 진료차트 등에는 진단명이 기재되어 있어야 합니다.



CONTENTS

01	가나다순 특약 색인	61
02	보험용어 해설	63
03	보험약관	

9988NH건강보험 |갱신형,비갱신형,무배당|_2404 주계약 약관 [1형(간편가입형), 2형(일반가입형)]

제1관	목적 및 용어의 정의	65
제1조	【목적】	65
제2조	【용어의 정의】	65
제2관	보험금의 지급	68
제3조	【‘4대주요질병’의 정의 및 진단확정】	68
제4조	【‘수술’의 정의와 장소】	70
제5조	【‘입원’의 정의와 장소】	72
제6조	【‘수술동반입원’의 정의】	72
제7조	【보험금의 지급사유】	73
제8조	【보험금 지급에 관한 세부규정】	73
제9조	【보험금을 지급하지 않는 사유】	77
제10조	【보험금 지급사유의 발생통지】	78
제11조	【보험금의 청구】	78
제12조	【보험금의 지급절차】	78
제13조	【보험금 받는 방법의 변경】	80
제14조	【주소변경통지】	80
제15조	【보험수익자의 지정】	81
제16조	【대표자의 지정】	81

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	82
제17조 【계약 전 알릴 의무】	82
제18조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	82
제19조 【사기에 의한 계약】	84

제4관 보험계약의 성립과 유지	84
제20조 【보험계약의 성립】	84
제21조 【청약의 철회】	86
제22조 【약관교부 및 설명의무 등】	88
제23조 【계약의 무효】	90
제24조 【계약내용의 변경 등】	91
제25조 【계약의 갱신】	92
제26조 【보험나이 등】	94
제27조 【계약의 소멸】	95

제5관 보험료의 납입	95
제28조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】	95
제29조 【제2회 이후 보험료의 납입】	96
제30조 【보험료의 자동대출납입】	97
제31조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】	97
제32조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】	99
제33조 【강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】	100

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	100
제34조 【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】	100
제34조의2 【위법계약의 해지】	101
제35조 【중대사유로 인한 해지】	102
제36조 【회사의 파산선고와 해지】	102
제37조 【해약환급금】	102
제38조 【보험계약대출】	103
제39조 【배당금의 지급】	103

제7관 분쟁의 조정 등	104
제40조 【분쟁의 조정】	104

제41조 【관할법원】	106
제42조 【소멸시효】	106
제43조 【약관의 해석】	107
제44조 【설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력】	107
제45조 【회사의 손해배상책임】	108
제46조 【개인정보보호】	108
제47조 【준거법】	111
제48조 【예금보험에 의한 지급보장】	111
[별표 1] 보험금 지급기준표	113
[별표 2] 질병 및 재해분류표	116
[별표 3] 4대주요질병 분류표	118
[별표 4] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	121

암진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	122
제1조 【목적】	122
제2조 【용어의 정의】	122
제2관 보험금의 지급	123
제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	123
제4조 【보험금의 지급사유】	126
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	126
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	127
제7조 【보험금의 청구】	128
제8조 【보험금의 지급절차】	128
제9조 【보험수익자의 지정】	130
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	130
제10조 【계약 전 알릴 의무】	130
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	130

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 132

제12조 【특약의 성립 및 소멸】	132
제13조 【특약의 무효】	134
제14조 【회사의 보장개시】	134
제15조 【피보험자의 범위】	135
제16조 【특약내용의 변경 등】	135
제17조 【특약의 갱신】	136
제18조 【특약의 보험기간】	138

제5관 보험료의 납입 ————— 138

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	138
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	139
제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	140

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 141

제22조 【계약자의 임의해지】	141
제22조의2 【위법계약의 해지】	141
제23조 【해약환급금】	142

제7관 기타사항 ————— 143

제24조 【주계약 약관 규정의 준용】	143

【별표 1】 보험금 지급기준표 ————— 144

【별표 2】 대상이 되는 악성신생물 분류표 ————— 146

【별표 3】 기타 피부의 악성신생물 분류표 ————— 148

【별표 4】 갑상선의 악성신생물 분류표 ————— 148

【별표 5】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 149

소액암진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 150

제1조 【목적】	150
제2조 【용어의 정의】	150

제2관 보험금의 지급	151
제3조 【 ‘암’ 등의 정의 및 진단 확정 】	151
제4조 【 ‘제자리암’ , ‘경계성종양’ 의 정의 및 진단 확정 】	154
제5조 【보험금의 지급사유】	154
제6조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	155
제7조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	157
제8조 【보험금의 청구】	157
제9조 【보험금의 지급절차】	158
제10조 【보험수익자의 지정】	159
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	159
제11조 【계약 전 알릴 의무】	159
제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	160
제4관 특약의 성립과 유지	161
제13조 【특약의 성립 및 소멸】	161
제14조 【특약의 무효】	163
제15조 【회사의 보장개시】	164
제16조 【피보험자의 범위】	164
제17조 【특약내용의 변경 등】	164
제18조 【특약의 갱신】	166
제19조 【특약의 보험기간】	167
제5관 보험료의 납입	168
제20조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	168
제21조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	168
제22조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	170
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	170
제23조 【계약자의 임의해지】	170
제23조의2 【위법계약의 해지】	171
제24조 【해약환급금】	172

제7관 기타사항 ————— 172

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	172

[별표 1] 보험금 지급기준표	173

[별표 2] 대상이 되는 악성신생물 분류표	175

[별표 3] 기타 피부의 악성신생물 분류표	177

[별표 4] 갑상선의 악성신생물 분류표	177

[별표 5] 제자리의 신생물 분류표	178

[별표 6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	179

[별표 7] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	180

뇌졸중진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 181

제1조 【목적】	181

제2조 【용어의 정의】	181

제2관 보험금의 지급 ————— 181

제3조 【‘뇌졸중’의 정의 및 진단확정】	181

제4조 【보험금의 지급사유】	184

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	184

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	185

제7조 【보험금의 청구】	185

제8조 【보험금의 지급절차】	186

제9조 【보험수익자의 지정】	187

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등 ————— 187

제10조 【계약 전 알릴 의무】	187

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	188

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 190

제12조 【특약의 성립 및 소멸】	190

제13조 【특약의 무효】	192

제14조 【회사의 보장개시】	192

제15조 【피보험자의 범위】	192
제16조 【특약내용의 변경 등】	192
제17조 【특약의 갱신】	194
제18조 【특약의 보험기간】	195

제5관 보험료의 납입 196

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	196
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	196
제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	198

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 199

제22조 【계약자의 임의해지】	199
제22조의2 【위법계약의 해지】	199
제23조 【해약환급금】	200

제7관 기타사항 200

제24조 【주계약 약관 규정의 준용】	200

【별표 1】 보험금 지급기준표 201

【별표 2】 뇌졸중 분류표 202

【별표 3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 203

금성심근경색증진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 204

제1조 【목적】	204
제2조 【용어의 정의】	204

제2관 보험금의 지급 204

제3조 【‘금성심근경색증’의 정의 및 진단확정】	204
제4조 【보험금의 지급사유】	207
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	207
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	208
제7조 【보험금의 청구】	208

제8조 【보험금의 지급절차】	209
제9조 【보험수익자의 지정】	210
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	210
제10조 【계약 전 알릴 의무】	210
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	211
제4관 특약의 성립과 유지	212
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	212
제13조 【특약의 무효】	214
제14조 【회사의 보장개시】	215
제15조 【피보험자의 범위】	215
제16조 【특약내용의 변경 등】	215
제17조 【특약의 갱신】	216
제18조 【특약의 보험기간】	218
제5관 보험료의 납입	218
제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	218
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	219
제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	220
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	221
제22조 【계약자의 임의해지】	221
제22조의2 【위법계약의 해지】	221
제23조 【해약환급금】	222
제7관 기타사항	223
제24조 【주계약 약관 규정의 준용】	223
[별표 1] 보험금 지급기준표	224
[별표 2] 급성심근경색증 분류표	225
[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	226

뇌혈관질환진단특약 | 갱신형,비갱신형,무배당_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	227
제1조 【목적】	227
제2조 【용어의 정의】	227
제2관 보험금의 지급	227
제3조 【‘뇌혈관질환’의 정의 및 진단확정】	227
제4조 【보험금의 지급사유】	230
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	230
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	231
제7조 【보험금의 청구】	232
제8조 【보험금의 지급절차】	232
제9조 【보험수익자의 지정】	233
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	233
제10조 【계약 전 알릴 의무】	233
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	234
제4관 특약의 성립과 유지	236
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	236
제13조 【특약의 무효】	237
제14조 【회사의 보장개시】	238
제15조 【피보험자의 범위】	238
제16조 【특약내용의 변경 등】	238
제17조 【특약의 갱신】	240
제18조 【특약의 보험기간】	241
제5관 보험료의 납입	242
제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	242
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	242
제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	244

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	245
제22조 【계약자의 임의해지】	245
제22조의2 【위법계약의 해지】	245
제23조 【해약환급금】	246
제24조 【배당금의 지급】	246
제7관 기타사항	247
제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	247
【별표 1】 보험금 지급기준표	248
【별표 2】 뇌혈관질환 분류표	249
【별표 3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	250

허혈성심질환진단특약 | 갱신형,비갱신형,무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	251
제1조 【목적】	251
제2조 【용어의 정의】	251
제2관 보험금의 지급	251
제3조 【‘허혈성심질환’의 정의 및 진단확정】	251
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	254
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	255
제7조 【보험금의 청구】	255
제8조 【보험금의 지급절차】	255
제9조 【보험수익자의 지정】	257
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	257
제10조 【계약 전 알릴 의무】	257
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	258
제4관 특약의 성립과 유지	259
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	259
제13조 【특약의 무효】	261

제14조 【회사의 보장개시】	262
제15조 【피보험자의 범위】	262
제16조 【특약내용의 변경 등】	262
제17조 【특약의 갱신】	263
제18조 【특약의 보험기간】	265

제5관 보험료의 납입 265

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	265
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	266
제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	267

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 268

제22조 【계약자의 임의해지】	268
제22조의2 【위법계약의 해지】	268
제23조 【해약환급금】	269
제24조 【배당금의 지급】	270

제7관 기타사항 270

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	270

[별표 1] 보험금 지급기준표	271
[별표 2] 허혈성심질환 분류표	272
[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	273

재해장해특약 |무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 274

제1조 【목적】	274
제2조 【용어의 정의】	274

제2관 보험금의 지급 274

제3조 【보험금의 지급사유】	274
제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	274
제5조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	277

제6조 【보험금의 청구】	278
제7조 【보험금의 지급절차】	278
제8조 【보험금 받는 방법의 변경】	280
제9조 【보험수익자의 지정】	280
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	280
제10조 【계약 전 알릴 의무】	280
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	281
제4관 특약의 성립과 유지	283
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	283
제13조 【회사의 보장개시】	284
제14조 【피보험자의 범위】	284
제15조 【특약내용의 변경 등】	284
제16조 【특약의 보험기간】	286
제5관 보험료의 납입	286
제17조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	286
제18조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	286
제19조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	288
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	289
제20조 【계약자의 임의해지】	289
제20조의2 【위법계약의 해지】	289
제21조 【해약환급금】	290
제22조 【배당금의 지급】	291
제7관 기타사항	291
제23조 【주계약 약관 규정의 준용】	291
[별표 1] 보험금 지급기준표	292
[별표 2] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	293

재해골절특약 | 무배당_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	294
제1조 【목적】	294
제2조 【용어의 정의】	294
제2관 보험금의 지급	294
제3조 【‘재해골절’의 정의 및 진단확정】	294
제4조 【보험금의 지급사유】	296
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	296
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	297
제7조 【보험금의 청구】	297
제8조 【보험금의 지급절차】	297
제9조 【보험수익자의 지정】	299
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	299
제10조 【계약 전 알릴 의무】	299
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	300
제4관 특약의 성립과 유지	301
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	301
제13조 【회사의 보장개시】	303
제14조 【피보험자의 범위】	303
제15조 【특약내용의 변경 등】	303
제16조 【특약의 보험기간】	304
제5관 보험료의 납입	305
제17조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	305
제18조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	305
제19조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	307
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	307
제20조 【계약자의 임의해지】	307
제20조의2 【위법계약의 해지】	307

제21조 【해약환급금】	308
제22조 【배당금의 지급】	309

제7관 기타사항 309

제23조 【주계약 약관 규정의 준용】	309

【별표 1】 보험금 지급기준표	310
【별표 2】 재해결절 분류표(치아의 파절 제외)	311
【별표 3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	312

암생활지원특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 313

제1조 【목적】	313
제2조 【용어의 정의】	313

제2관 보험금의 지급 314

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	314
제4조 【보험금의 지급사유】	317
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	317
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	319
제7조 【보험금의 청구】	319
제8조 【보험금의 지급절차】	320
제9조 【보험금 받는 방법의 변경】	321
제10조 【보험수익자의 지정】	322

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등 322

제11조 【계약 전 알릴 의무】	322
제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	323

제4관 특약의 성립과 유지 324

제13조 【특약의 성립 및 소멸】	324
제14조 【특약의 무효】	326
제15조 【회사의 보장개시】	327

제16조 【피보험자의 범위】	327
제17조 【특약내용의 변경 등】	327
제18조 【특약의 갱신】	328
제19조 【특약의 보험기간】	330

제5관 보험료의 납입 330

제20조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	330
제21조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	331
제22조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	332

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 333

제23조 【계약자의 임의해지】	333
제23조의2 【위법계약의 해지】	333
제24조 【해약환급금】	334

제7관 기타사항 335

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	335

【별표 1】 보험금 지급기준표	336
【별표 2】 대상이 되는 악성신생물 분류표	339
【별표 3】 기타 피부의 악성신생물 분류표	341
【별표 4】 갑상선의 악성신생물 분류표	341
【별표 5】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	342

뇌졸중생활지원특약 | 갱신형,비갱신형,무배당_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 344

제1조 【목적】	344
제2조 【용어의 정의】	344

제2관 보험금의 지급 344

제3조 【‘뇌졸중’의 정의 및 진단확정】	344
제4조 【보험금의 지급사유】	347
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	347

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	348
제7조 【보험금의 청구】	349
제8조 【보험금의 지급절차】	349
제9조 【보험금 받는 방법의 변경】	350
제10조 【보험수익자의 지정】	351
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	351
제11조 【계약 전 알릴 의무】	351
제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	352
제4관 특약의 성립과 유지	354
제13조 【특약의 성립 및 소멸】	354
제14조 【특약의 무효】	355
제15조 【회사의 보장개시】	356
제16조 【피보험자의 범위】	356
제17조 【특약내용의 변경 등】	356
제18조 【특약의 갱신】	358
제19조 【특약의 보험기간】	359
제5관 보험료의 납입	360
제20조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	360
제21조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	360
제22조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	362
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	362
제23조 【계약자의 임의해지】	362
제23조의2 【위법계약의 해지】	363
제24조 【해약환급금】	364
제7관 기타사항	364
제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	364
[별표 1] 보험금 지급기준표	365
[별표 2] 뇌졸중 분류표	367

급성심근경색증생활지원특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	369
제1조 【목적】	369
제2조 【용어의 정의】	369
제2관 보험금의 지급	369
제3조 【‘급성심근경색증’의 정의 및 진단확정】	369
제4조 【보험금의 지급사유】	372
제5조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	372
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	373
제7조 【보험금의 청구】	374
제8조 【보험금의 지급절차】	374
제9조 【보험금 받는 방법의 변경】	375
제10조 【보험수익자의 지정】	376
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	376
제11조 【계약 전 알릴 의무】	376
제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	377
제4관 특약의 성립과 유지	379
제13조 【특약의 성립 및 소멸】	379
제14조 【특약의 무효】	380
제15조 【회사의 보장개시】	381
제16조 【피보험자의 범위】	381
제17조 【특약내용의 변경 등】	381
제18조 【특약의 갱신】	383
제19조 【특약의 보험기간】	384
제5관 보험료의 납입	385
제20조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	385

제21조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	385
제22조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	387

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 387

제23조 【계약자의 임의해지】	387
제23조의2 【위법계약의 해지】	388
제24조 【해약환급금】	389

제7관 기타사항 ————— 389

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	389

【별표 1】 보험금 지급기준표 ————— 390

【별표 2】 급성심근경색증 분류표 ————— 392

【별표 3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 393

플러스입원특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 394

제1조 【목적】	394
제2조 【용어의 정의】	394

제2관 보험금의 지급 ————— 395

제3조 【‘입원’의 정의와 장소】	395
제4조 【보험금의 지급사유】	397
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	397
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	398
제7조 【보험금의 청구】	399
제8조 【보험금의 지급절차】	399
제9조 【보험수익자의 지정】	401

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등 ————— 401

제10조 【계약 전 알릴 의무】	401
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	402

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 403

제12조 【특약의 성립 및 소멸】 ————— 403

제13조 【특약의 무효】 ————— 405

제14조 【회사의 보장개시】 ————— 406

제15조 【피보험자의 범위】 ————— 406

제16조 【특약내용의 변경 등】 ————— 406

제17조 【특약의 갱신】 ————— 408

제18조 【특약의 보험기간】 ————— 409

제5관 보험료의 납입 ————— 410

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 410

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 - 410

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 - 412

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 412

제22조 【계약자의 임의해지】 ————— 412

제22조의2 【위법계약의 해지】 ————— 413

제23조 【해약환급금】 ————— 414

제24조 【배당금의 지급】 ————— 414

제7관 기타사항 ————— 414

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 414

【별표 1】 보험금 지급기준표 ————— 415

【별표 2】 질병 및 재해분류표 ————— 417

【별표 3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 419

플러스수술특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 420

제1조 【목적】 ————— 420

제2조 【용어의 정의】 ————— 420

제2관 보험금의 지급	420
제3조 【‘수술’의 정의와 장소】	420
제4조 【보험금의 지급사유】	423
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	423
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	424
제7조 【보험금의 청구】	425
제8조 【보험금의 지급절차】	425
제9조 【보험수익자의 지정】	426
 제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	 427
제10조 【계약 전 알릴 의무】	427
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	427
 제4관 특약의 성립과 유지	 429
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	429
제13조 【특약의 무효】	431
제14조 【회사의 보장개시】	431
제15조 【피보험자의 범위】	432
제16조 【특약내용의 변경 등】	432
제17조 【특약의 갱신】	433
제18조 【특약의 보험기간】	435
 제5관 보험료의 납입	 435
제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	435
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	436
제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	437
 제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	 438
제22조 【계약자의 임의해지】	438
제22조의2 【위법계약의 해지】	438
제23조 【해약환급금】	439
제24조 【배당금의 지급】	439

제7관 기타사항	440
제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	440
[별표 1] 보험금 지급기준표	441
[별표 2] 1~5종 수술 분류표	443
[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	451

플러스암직접치료비특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	452
제1조 【목적】	452
제2조 【용어의 정의】	452
제2관 보험금의 지급	453
제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	453
제4조 【‘제자리암’, ‘경계성종양’의 정의 및 진단 확정】	455
제5조 【‘수술’의 정의와 장소】	456
제6조 【‘입원’의 정의와 장소】	459
제7조 【‘수술동반입원’의 정의】	459
제8조 【‘암 등의 직접적인 치료’의 정의】	460
제9조 【보험금의 지급사유】	461
제10조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	462
제11조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	467
제12조 【보험금의 청구】	467
제13조 【보험금의 지급절차】	468
제14조 【보험수익자의 지정】	469
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	469
제15조 【계약 전 알릴 의무】	469
제16조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	470
제4관 특약의 성립과 유지	471
제17조 【특약의 성립 및 소멸】	471
제18조 【특약의 무효】	473

제19조 【회사의 보장개시】	474
제20조 【피보험자의 범위】	474
제21조 【특약내용의 변경 등】	474
제22조 【특약의 갱신】	476
제23조 【특약의 보험기간】	477

제5관 보험료의 납입 477

제24조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	477
제25조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	478
제26조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	480

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 480

제27조 【계약자의 임의해지】	480
제27조의2 【위법계약의 해지】	480
제28조 【해약환급금】	481
제29조 【배당금의 지급】	482

제7관 기타사항 482

제30조 【주계약 약관 규정의 준용】	482

【별표 1】 보험금 지급기준표	483
【별표 2】 대상이 되는 악성신 생물 분류표	490
【별표 3】 기타 피부의 악성신 생물 분류표	492
【별표 4】 갑상선의 악성신 생물 분류표	492
【별표 5】 제자리의 신 생물 분류표	493
【별표 6】 행동양식 불명 또는 미상의 신 생물 분류표	494
【별표 7】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	495

성인질환치료특약Ⅱ | 갱신형,비갱신형,무배당_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 496

제1조 【목적】	496
제2조 【용어의 정의】	496

제2관 보험금의 지급 ————— 496

제3조 【‘10대특정질병’의 정의 및 진단확정】	496
제4조 【‘8대소액질병’의 정의 및 진단확정】	498
제5조 【‘4대주요질병’의 정의 및 진단확정】	498
제6조 【‘수술’의 정의와 장소】	500
제7조 【‘입원’의 정의와 장소】	502
제8조 【보험금의 지급사유】	503
제9조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	503
제10조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	505
제11조 【보험금의 청구】	505
제12조 【보험금의 지급절차】	506
제13조 【보험수익자의 지정】	507

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등 ————— 507

제14조 【계약 전 알릴 의무】	507
제15조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	508

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 510

제16조 【특약의 성립 및 소멸】	510
제17조 【특약의 무효】	512
제18조 【회사의 보장개시】	512
제19조 【피보험자의 범위】	512
제20조 【특약내용의 변경 등】	512
제21조 【특약의 갱신】	514
제22조 【특약의 보험기간】	515

제5관 보험료의 납입 ————— 516

제23조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	516
제24조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	516
제25조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	518

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 519

제26조 【계약자의 임의해지】	519
제26조의2 【위법계약의 해지】	519

제27조 【해약환급금】	520
제28조 【배당금의 지급】	520

제7관 기타사항 ————— 520

제29조 【주계약 약관 규정의 준용】	520

[별표 1] 보험금 지급기준표	521
[별표 2] 10대특정질병 분류표	524
[별표 3] 8대소액질병 분류표	527
[별표 4] 4대주요질병 분류표	530
[별표 5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	533

중환자실입원특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 534

제1조 【목적】	534
제2조 【용어의 정의】	534

제2관 보험금의 지급 ————— 534

제3조 【‘입원’의 정의와 장소】	534
제4조 【보험금의 지급사유】	536
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	537
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	538
제7조 【보험금의 청구】	539
제8조 【보험금의 지급절차】	539
제9조 【보험수익자의 지정】	540

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등 ————— 540

제10조 【계약 전 알릴 의무】	540
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	541

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 543

제12조 【특약의 성립 및 소멸】	543
제13조 【특약의 무효】	544

제14조 【회사의 보장개시】	545
제15조 【피보험자의 범위】	545
제16조 【특약내용의 변경 등】	545
제17조 【특약의 갱신】	547
제18조 【특약의 보험기간】	548

제5관 보험료의 납입 549

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	549
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	549
제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	551

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 551

제22조 【계약자의 임의해지】	551
제22조의2 【위법계약의 해지】	552
제23조 【해약환급금】	553
제24조 【배당금의 지급】	553

제7관 기타사항 553

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	553

[별표 1] 보험금 지급기준표	554
[별표 2] 질병 및 재해분류표	555
[별표 3] 의료기관의 시설규격(중환자실)	557
[별표 4] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	558

요양병원암입원특약 |갱신형,무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 559

제1조 【목적】	559
제2조 【용어의 정의】	559

제2관 보험금의 지급 560

제3조 【 ‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	560
제4조 【 ‘제자리암’ , ‘경계성종양’ 의 정의 및 진단 확정】	562

제5조 【‘요양병원’의 정의 및 ‘입원’의 정의와 장소】	— 563
제6조 【보험금의 지급사유】	— 564
제7조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	— 565
제8조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	— 567
제9조 【보험금의 청구】	— 567
제10조 【보험금의 지급절차】	— 567
제11조 【보험수익자의 지정】	— 569
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	— 569
제12조 【계약 전 알릴 의무】	— 569
제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	— 570
제4관 특약의 성립과 유지	— 571
제14조 【특약의 성립 및 소멸】	— 571
제15조 【특약의 무효】	— 573
제16조 【회사의 보장개시】	— 574
제17조 【피보험자의 범위】	— 574
제18조 【특약내용의 변경 등】	— 574
제19조 【특약의 갱신】	— 575
제20조 【특약의 보험기간】	— 577
제5관 보험료의 납입	— 577
제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	— 577
제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	— 577
제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	— 579
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	— 580
제24조 【계약자의 임의해지】	— 580
제24조의2 【위법계약의 해지】	— 580
제25조 【해약환급금】	— 581
제26조 【배당금의 지급】	— 581
제7관 기타사항	— 582
제27조 【주계약 약관 규정 준용】	— 582

[별표 1] 보험금 지급기준표	583
[별표 2] 대상이 되는 악성신 생물 분류표	584
[별표 3] 기타 피부의 악성신 생물 분류표	586
[별표 4] 갑상선의 악성신 생물 분류표	586
[별표 5] 제자리의 신 생물 분류표(대장점막내암 제외)	587
[별표 6] 행동양식 불명 또는 미상의 신 생물 분류표	588
[별표 7] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	589

항암방사선·약물치료특약 [갱신형, 무배당]_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	590
제1조 【목적】	590
제2조 【용어의 정의】	590
제2관 보험금의 지급	591
제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	591
제4조 【‘항암방사선치료’의 정의】	593
제5조 【‘항암약물치료’의 정의】	593
제6조 【보험금의 지급사유】	594
제7조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	594
제8조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	596
제9조 【보험금의 청구】	596
제10조 【보험금의 지급절차】	596
제11조 【보험수익자의 지정】	598
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	598
제12조 【계약 전 알릴 의무】	598
제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	599
제4관 특약의 성립과 유지	601
제14조 【특약의 성립 및 소멸】	601
제15조 【특약의 무효】	602
제16조 【회사의 보장개시】	603
제17조 【피보험자의 범위】	603

제18조 【특약내용의 변경 등】	603
제19조 【특약의 갱신】	605
제20조 【특약의 보험기간】	606

제5관 보험료의 납입 607

제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	607
제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	607
제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	609

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 609

제24조 【계약자의 임의해지】	609
제24조의2 【위법계약의 해지】	609
제25조 【해약환급금】	610
제26조 【배당금의 지급】	611

제7관 기타사항 611

제27조 【주계약 약관 규정의 준용】	611

【별표 1】 보험금 지급기준표	612
【별표 2】 대상이 되는 악성신 생물 분류표	614
【별표 3】 기타 피부의 악성신 생물 분류표	616
【별표 4】 갑상선의 악성신 생물 분류표	617
【별표 5】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	618

표적항암약물허가치료특약 | 갱신형, 무배당 | H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 619

제1조 【목적】	619
제2조 【용어의 정의】	619

제2관 보험금의 지급 620

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	620
제4조 【‘항암약물치료’의 정의】	622
제5조 【‘표적항암제’ 및 ‘표적항암약물허가치료’의 정의】	622

제6조 【보험금의 지급사유】	624
제7조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	624
제8조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	628
제9조 【보험금 등의 청구】	629
제10조 【보험금 등의 지급절차】	629
제11조 【보험수익자의 지정】	631
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	631
제12조 【계약 전 알릴 의무】	631
제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	632
제4관 특약의 성립과 유지	634
제14조 【특약의 성립 및 소멸】	634
제15조 【특약의 무효】	635
제16조 【회사의 보장개시】	636
제17조 【피보험자의 범위】	636
제18조 【특약내용의 변경 등】	636
제19조 【특약의 갱신】	638
제20조 【특약의 보험기간】	639
제5관 보험료의 납입	640
제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	640
제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	640
제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	642
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	642
제24조 【계약자의 임의해지】	642
제24조의2 【위법계약의 해지】	643
제25조 【해약환급금】	644
제26조 【배당금의 지급】	644
제7관 기타사항	644
제27조 【주계약 약관 규정의 준용】	644

[별표 1] 보험금 지급기준표	645
[별표 2] 대상이 되는 악성신생물 분류표	647
[별표 3] 기타 피부의 악성신생물 분류표	649
[별표 4] 갑상선의 악성신생물 분류표	649
[별표 5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	650

특정항암호르몬약물허가치료특약 | 갱신형, 무배당 | H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	668
제1조 【목적】	668
제2조 【용어의 정의】	668
제2관 보험금의 지급	668
제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	668
제4조 【‘항암약물치료’의 정의】	670
제5조 【‘특정항암호르몬치료제’ 및 ‘특정항암호르몬약물허가치료’의 정의】	671
제6조 【보험금의 지급사유】	672
제7조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	672
제8조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	675
제9조 【보험금 등의 청구】	675
제10조 【보험금 등의 지급절차】	676
제11조 【보험수익자의 지정】	678
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	678
제12조 【계약 전 알릴 의무】	678
제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	679
제4관 특약의 성립과 유지	681
제14조 【특약의 성립 및 소멸】	681
제15조 【특약의 무효】	682
제16조 【회사의 보장개시】	683
제17조 【피보험자의 범위】	683
제18조 【특약내용의 변경 등】	683
제19조 【특약의 갱신】	685

제20조 【특약의 보험기간】	686
제5관 보험료의 납입	687
제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	687
제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	687
제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	689
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	689
제24조 【계약자의 임의해지】	689
제24조의2 【위법계약의 해지】	690
제25조 【해약환급금】	691
제26조 【배당금의 지급】	691
제7관 기타사항	691
제27조 【주계약 약관 규정의 준용】	691
【별표 1】 보험금 지급기준표	692
【별표 2】 대상이 되는 악성신생물 분류표	694
【별표 3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	696

항암양성자방사선치료특약 |갱신형,무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	703
제1조 【목적】	703
제2조 【용어의 정의】	703
제2관 보험금의 지급	703
제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	703
제4조 【‘항암방사선치료’의 정의】	706
제5조 【‘항암양성자방사선치료’의 정의】	706
제6조 【보험금의 지급사유】	706
제7조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	706
제8조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	708
제9조 【보험금 등의 청구】	709

제10조 【보험금 등의 지급절차】	709
제11조 【보험수익자의 지정】	711
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	711
제12조 【계약 전 알릴 의무】	711
제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	712
제4관 특약의 성립과 유지	714
제14조 【특약의 성립 및 소멸】	714
제15조 【특약의 무효】	715
제16조 【회사의 보장개시】	716
제17조 【피보험자의 범위】	716
제18조 【특약내용의 변경 등】	716
제19조 【특약의 갱신】	718
제20조 【특약의 보험기간】	719
제5관 보험료의 납입	720
제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	720
제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	720
제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	722
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	722
제24조 【계약자의 임의해지】	722
제24조의2 【위법계약의 해지】	722
제25조 【해약환급금】	723
제26조 【배당금의 지급】	724
제7관 기타사항	724
제27조 【주계약 약관 규정의 준용】	724
【별표 1】 보험금 지급기준표	725
【별표 2】 대상이 되는 악성신생물 분류표	727
【별표 3】 기타 피부의 악성신생물 분류표	729
【별표 4】 갑상선의 악성신생물 분류표	729

[별표 5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	730

항암세기조절방사선치료특약 |갱신형,무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	731
제1조 【목적】	731
제2조 【용어의 정의】	731
제2관 보험금의 지급	731
제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	731
제4조 【‘항암방사선치료’의 정의】	734
제5조 【‘항암세기조절방사선치료’의 정의】	734
제6조 【보험금의 지급사유】	734
제7조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	734
제8조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	736
제9조 【보험금 등의 청구】	737
제10조 【보험금 등의 지급절차】	737
제11조 【보험수익자의 지정】	739
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	739
제12조 【계약 전 알릴 의무】	739
제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	740
제4관 특약의 성립과 유지	742
제14조 【특약의 성립 및 소멸】	742
제15조 【특약의 무효】	743
제16조 【회사의 보장개시】	744
제17조 【피보험자의 범위】	744
제18조 【특약내용의 변경 등】	744
제19조 【특약의 갱신】	746
제20조 【특약의 보험기간】	747
제5관 보험료의 납입	748
제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	748

제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	748
제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	750

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 750

제24조 【계약자의 임의해지】	750
제24조의2 【위법계약의 해지】	750
제25조 【해약환급금】	751
제26조 【배당금의 지급】	752

제7관 기타사항 752

제27조 【주계약 약관 규정의 준용】	752

【별표 1】 보험금 지급기준표	753
【별표 2】 대상이 되는 악성신생물 분류표	755
【별표 3】 기타 피부의 악성신생물 분류표	757
【별표 4】 갑상선의 악성신생물 분류표	757
【별표 5】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	758

다빈치로봇암수술특약 | 갱신형, 무배당 | 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 759

제1조 【목적】	759
제2조 【용어의 정의】	759

제2관 보험금의 지급 760

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	760
제4조 【‘수술’의 정의와 장소】	761
제5조 【‘다빈치로봇 암수술’의 정의】	765
제6조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】	765
제7조 【보험금의 지급사유】	766
제8조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	767
제9조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	767
제10조 【보험금 등의 청구】	768

제11조 【보험금 등의 지급절차】	768
제12조 【보험수익자의 지정】	770
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	770
제13조 【계약 전 알릴 의무】	770
제14조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	771
제4관 특약의 성립과 유지	772
제15조 【특약의 성립 및 소멸】	772
제16조 【특약의 무효】	774
제17조 【회사의 보장개시】	775
제18조 【피보험자의 범위】	775
제19조 【특약내용의 변경 등】	775
제20조 【특약의 갱신】	777
제21조 【특약의 보험기간】	778
제5관 보험료의 납입	779
제22조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	779
제23조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	779
제24조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	781
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	781
제25조 【계약자의 임의해지】	781
제25조의2 【위법계약의 해지】	781
제26조 【해약환급금】	782
제27조 【배당금의 지급】	783
제7관 기타사항	783
제28조 【주계약 약관 규정의 준용】	783
[별표 1] 보험금 지급기준표	784
[별표 2] 대상이 되는 악성신생물 분류표	786
[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	788

간병인사용입원특약 | 갱신행,비갱신행,무배당_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 789

제1조 【목적】 ————— 789

제2조 【용어의 정의】 ————— 789

제2관 보험금의 지급 ————— 789

제3조 【‘요양병원’의 정의 및 ‘입원’의 정의와 장소】 — 789

제4조 【‘간병인’, ‘간병서비스’ 및 ‘간호·간병통합서비스’의 정의】 - 791

제5조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】 ————— 793

제6조 【보험금의 지급사유】 ————— 794

제7조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】 ————— 794

제8조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】 ————— 797

제9조 【보험금 등의 청구】 ————— 797

제10조 【보험금 등의 지급절차】 ————— 798

제11조 【보험수익자의 지정】 ————— 799

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ————— 800

제12조 【계약 전 알릴 의무】 ————— 800

제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ————— 800

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 802

제14조 【특약의 성립 및 소멸】 ————— 802

제15조 【특약의 무효】 ————— 804

제16조 【회사의 보장개시】 ————— 804

제17조 【피보험자의 범위】 ————— 805

제18조 【특약내용의 변경 등】 ————— 805

제19조 【특약의 갱신】 ————— 806

제20조 【특약의 보험기간】 ————— 808

제5관 보험료의 납입 ————— 808

제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ——— 808

제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 - 808

제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 - 810

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	811
제24조 【계약자의 임의해지】	811
제24조의2 【위법계약의 해지】	811
제25조 【해약환급금】	812
제26조 【배당금의 지급】	812
제7관 기타사항	813
제27조 【주계약 약관 규정의 준용】	813
[별표 1] 보험금 지급기준표	814
[별표 2] 질병 및 재해II 분류표	817
[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	819

자궁근종 하이푸치료특약 |갱신형,무배당|_H 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	820
제1조 【목적】	820
제2조 【용어의 정의】	820
제2관 보험금의 지급	820
제3조 【‘자궁근종’의 정의 및 진단확정】	820
제4조 【‘고강도초음파집속술(HIFU)’의 정의】	822
제5조 【보험금의 지급사유】	823
제6조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	823
제7조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	823
제8조 【보험금의 청구】	824
제9조 【보험금의 지급절차】	824
제10조 【보험수익자의 지정】	825
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	826
제11조 【계약 전 알릴 의무】	826
제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	826

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 828

제13조 【특약의 성립 및 소멸】 ————— 828

제14조 【회사의 보장개시】 ————— 830

제15조 【피보험자의 범위】 ————— 830

제16조 【특약내용의 변경 등】 ————— 830

제17조 【특약의 갱신】 ————— 831

제18조 【특약의 보험기간】 ————— 833

제5관 보험료의 납입 ————— 833

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 833

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 - 833

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 - 835

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 836

제22조 【계약자의 임의해지】 ————— 836

제22조의2 【위법계약의 해지】 ————— 836

제23조 【해약환급금】 ————— 837

제24조 【배당금의 지급】 ————— 837

제7관 기타사항 ————— 838

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 838

【별표 1】 보험금 지급기준표 ————— 839

【별표 2】 자궁근종 분류표 ————— 839

【별표 3】 고강도초음파집속술(HIFU) 분류표 ————— 840

【별표 4】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 841

지정대리청구서비스특약 약관

제1관 지정대리청구인의 지정 ————— 842

제1조 【지정대리청구인의 지정】 ————— 842

제2조 【지정대리청구인의 변경지정】 ————— 842

제2관 특약의 성립과 유지	843
제3조 【적용대상】	843
제4조 【특약의 성립 및 소멸】	843
제3관 보험금 지급 등의 절차	843
제5조 【보험금의 지급절차】	843
제6조 【보험금의 청구】	843
제4관 기타사항	844
제7조 【주계약 약관 규정의 준용】	844

특별조건부특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	845
제1조 【목적】	845
제2조 【용어의 정의】	845
제2관 특약의 성립과 유지	845
제3조 【특약의 성립 및 소멸】	845
제4조 【피보험자의 범위】	846
제5조 【특약의 내용】	846
제6조 【특약부가의 조건】	846
제7조 【특약내용의 변경 등】	847
제8조 【특약의 보험기간】	848
제3관 보험료의 납입	848
제9조 【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】	848
제10조 【해지된 특약의 부활(효력회복)】	848
제4관 특약의 해지	848
제11조 【계약자의 임의해지】	848
제5관 기타사항 등	848
제12조 【해당계약 약관 규정의 준용】	848

특정 신체부위 · 질병보장제한부 인수특약 약관

제1조 【특약면책조건의 내용】	849
제2조 【특약의 성립 및 소멸】	851
제3조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】	851
제4조 【해당계약 약관 규정의 준용】	852
[별표 1] 특 정 부 위 분 류 표	853
[별표 2] 특 정 질 병 분 류 표	855

장애인전용보험전환특약 약관

제1조 【특약의 적용범위】	858
제2조 【제출서류】	860
제3조 【장애인전용보험으로의 전환】	861
제4조 【전환의 취소】	862
제5조 【해당계약 약관 규정의 준용】	862
별첨① 재해분류표	863
별첨② 장애분류표	865
별첨③ 개인(신용)정보 수집 · 이용 및 제공 관련 고객권리 안내문	889
별첨④ 고객정보 취급방침	892

가나다 순 특약 색인

◆ 가입한 특약에 한해 보장 받을 수 있습니다. ◆

간병인사용입원특약 갱신형,비갱신형,무배당 _H 약관	789
급성심근경색증생활지원특약 갱신형,비갱신형,무배당 _H 약관	369
급성심근경색증진단특약 갱신형,비갱신형,무배당 _H 약관	204
뇌졸중생활지원특약 갱신형,비갱신형,무배당 _H 약관	344
뇌졸중진단특약 갱신형,비갱신형,무배당 _H 약관	181
뇌혈관질환진단특약 갱신형,비갱신형,무배당 _H 약관	227
다빈치로봇암수술특약 갱신형,무배당 약관	759
성인질환치료특약II 갱신형,비갱신형,무배당 _H 약관	496
소액암진단특약 갱신형,비갱신형,무배당 _H 약관	150
암생활지원특약 갱신형,비갱신형,무배당 _H 약관	313
암진단특약 갱신형,비갱신형,무배당 _H 약관	122
요양병원 암입원특약 갱신형,무배당 _H 약관	559
자궁근종 하이푸치료특약 갱신형,무배당 _H 약관	820
장애인전용보험전환특약 약관	858
재해골절특약 무배당 _H 약관	294
재해장해특약 무배당 _H 약관	274
중환자실입원특약 갱신형,비갱신형,무배당 _H 약관	534
지정대리청구서비스특약 약관	842
특별조건부특약 약관	845

특정 신체부위 · 질병보장제한부 인수특약 약관	849
특정항암호르몬약물허가치료특약 갱신형,무배당 _H 약관	668
표적항암약물허가치료특약 갱신형,무배당 _H 약관	619
플러스수술특약 갱신형,비갱신,무배당 _H 약관	420
플러스암직접치료비특약 갱신형,비갱신형,무배당 _H 약관	452
플러스입원특약 갱신형,비갱신형,무배당 _H 약관	394
항암방사선 · 약물치료특약 갱신형,무배당 _H 약관	590
항암세기조절방사선치료특약 갱신형,무배당 _H 약관	731
항암양성자방사선치료특약 갱신형,무배당 _H 약관	703
허혈성심질환진단특약 갱신형,비갱신형,무배당 _H 약관	251

보험용어 해설

1. 약관

생명보험 계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

2. 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서

3. 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입할 의무를 지는 사람

4. 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

5. 보험수익자

보험사고 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

6. 보험료

계약에 따른 보장을 받기 위하여 계약자가 회사에 납입하는 금액

7. 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

8. 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

9. 보장개시일

회사가 보장을 개시하는 날

10. 보험가입금액

보험금, 보험료 및 해약환급금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

11. 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

12. 해약환급금

계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

9988NH건강보험 |갱신형,비갱신형,무배당_2404 주계약 약관

[1형(간편가입형), 2형(일반가입형)]

※ 이 계약은 1종(갱신형) 또는 2종(비갱신형) 중 계약자가 선택한 해당 보종에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약(이하 ‘계약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 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. 질병 및 재해 : [별표 2] ‘질병 및 재해분류표’에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
- 나. 재해 : [별첨 1] ‘재해분류표’에서 정한 재해를 말합니다.
- 다. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있

는 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.

[연단위 복리 계산 예시]

이자는 계산법에 따라 단리와 복리로 나눕니다. 단리는 원금에 대해서만 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 (원금+이자)에 대하여 이자를 계산하는 방법입니다.

예) 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 2년 후 원리금은 얼마인가요?

$$\text{단리계산법: } \underbrace{100\text{원}}_{\text{원금}} + \underbrace{(100\text{원} \times 10\%)}_{\text{1년차 이자}} + \underbrace{(100\text{원} \times 10\%)}_{\text{2년차 이자}} = 120\text{원}$$

$$\text{복리계산법: } \underbrace{100\text{원}}_{\text{원금}} + \underbrace{(100\text{원} \times 10\%)}_{\text{1년차 이자}} + \underbrace{[100\text{원} + (100\text{원} \times 10\%)] \times 10\%}_{\text{2년차 이자}} = 121\text{원}$$

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율(갱신계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.

※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

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

[약관용어 설명]

- **해지** : 현재 유지되고 있는 보험계약의 효력을 장래에 향하여 소멸시키는 것을 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 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

다. 갱신일 : 1종(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

5. 보험료에 관한 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 보험료를 말하며, 제24조(계약내용의 변경 등)에 따라 보험료가 변경되었을 경우 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다.

[관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조(공휴일)]

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 석제
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)
- 10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[관공서의 공휴일에 관한 규정 제3조(대체공휴일)]

- ① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
 1. 제2조제2호·제6호·제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
 2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
 3. 제2조제2호·제4호·제6호·제7호·제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
- ② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

- ③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘4대주요질병’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에서 ‘4대주요질병’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 3] ‘4대주요질병 분류표’에서 정한 ‘뇌혈관질환’, ‘심질환’, ‘간·췌장질환’, ‘폐질환’의 4가지 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증 (old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- ② ‘뇌혈관질환’의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 전문의 자격증을 가진 의사 또는 한의사에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출 단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 피보험자가 ‘뇌혈관질환’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 ‘뇌혈관질환’으로 확정되거나 추정되는 경우
- ③ ‘심질환’의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 전문의 자격증을 가진 의사 또는 한의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에

해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 ‘심질환’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 ‘심질환’으로 확정되거나 추정되는 경우
- ④ ‘간·체장질환’ 및 ‘폐질환’의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과 의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사 또는 한의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 피보험자가 ‘간·체장질환’ 및 ‘폐질환’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 ‘간·체장질환’ 및 ‘폐질환’으로 확정되거나 추정되는 경우

[의료법 제3조 및 제5조]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제4조 【‘수술’의 정의와 장소】

- ① 이 계약에서 ‘수술’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 ‘[별표 2] 질병 및 재해분류표’에서 정한 ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리 하에 ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’의 치료를 직접목적으로 기구를 사용하여 생체(살아있는 사람의 몸)에 절단(특정부위를 잘라 내는 것), 절제(특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에서 ‘수술’은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동

위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경 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’에 포함되지 않습니다.

[약관용어 설명]

- **신경 BLOCK** : 지각신경이나 자율신경에 국소마취제나 신경파괴제를 주입하여 신경경로의 일부를 차단하는 방법으로 수술시 마취나 통증의 치료, 혈액순환 개선 등에 사용하는 것

[약관용어 설명]

- **‘치료를 직접목적으로’** 란 피보험자가 해당 질환을 제거하거나 해당 질환의 증식을 억제하기 위한 치료로 한정되는 것이 아니라, 해당 질환 또는 질환의 성장으로 인하여 직접 발현되는 중대한 병적 증상을 호전시키기 위한 치료까지는 포함하지만, 해당 질환이나 해당 질환 치료로 인해 발생한 후유증을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 것은 포함하지 않습니다.
(대법원 2010.9.30. 선고 2010다40543 판결)

신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

[의료법 제54조]

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자

5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가 위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제5조 【‘입원’의 정의와 장소】

이 계약에서 ‘입원’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘[별표 2] 질병 및 재해분류표’에서 정한 ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 【‘수술동반입원’의 정의】

- ① 이 계약에서 ‘수술동반입원’은 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 ‘[별표 2] 질병 및 재해분류표’에서 정한 ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’으로 인해 다음 각 호의 치료에 모두 해당되는 경우를 말합니다.
 - 1. ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우
 - 2. ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 경우
 - 3. 제1호의 입원 및 제2호의 수술은 동일한 ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’에 대한 것일 경우
- ② 제1항 제2호의 ‘수술’은 동일한 ‘질병 및 재해’ 또는 동일한 ‘4대주요질병’으로 2종류 이상의 수술을 받은 경우 가장 먼저 수술한 경우를 말합니다.

제7조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

1. 건강관리자금(다만, ‘건강관리형’에 한함)
 - 가. 1종(갱신형)의 경우 : 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우(다만, 보험기간이 20년 미만인 최종 갱신계약은 제외)
 - 나. 2종(비갱신형)의 경우 : 보험기간 중 피보험자가 80세 계약해당일 전일까지 살아 있을 경우
2. 보험기간 중 피보험자가 ‘질병 및 재해’로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 2일 이상 계속하여 ‘수술동반입원’하였을 때 : 질병재해수술동반입원비 (1일 초과 입원일수 1일당)
3. 보험기간 중 피보험자가 ‘4대주요질병’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 2일 이상 계속하여 ‘수술동반입원’하였을 경우 : 4대주요질병수술동반입원비 (1일 초과 입원일수 1일당)
4. 보험기간 중 피보험자가 ‘4대주요질병’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 : 4대주요질병수술자금 (수술 1회당)
5. 보험기간 중 피보험자가 재해로 인하여 사망한 경우 : 재해사망보험금

제8조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제1항은 제20조(보험계약의 성립) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고 제2항은 동조 제2항 제2호의 2종(비갱신형)에 적용되며, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

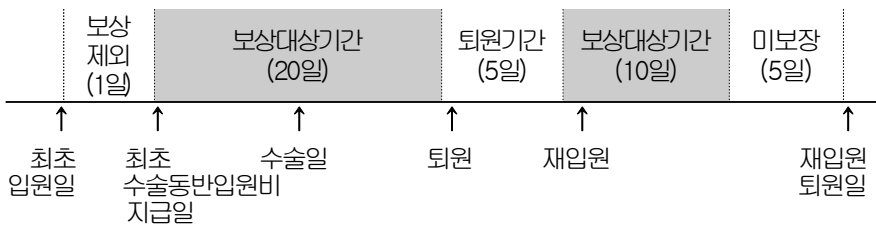
- ① 최초계약의 경우 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%[질병재해수술동반입원비 및 4대주요질병수술동반입원비의 경우 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 해당 수술동반입원비가 발생하였다 하더라도 수술동반입원일이 계약일부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 수술동반입원비는 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 수술동반입원비는 100%를 지급]를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ② 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%[질병재

해수술동반입원비 및 4대주요질병수술동반입원비의 경우 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 해당 수술동반입원비가 발생하였다 하더라도 수술동반입원일이 계약일부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 수술동반입원비는 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 수술동반입원비는 100%를 지급]을 지급합니다.

- ③ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호에서 제3호에 해당하는 지급사유 발생 시 ‘질병재해수술동반입원비’ 및 ‘4대주요질병수술동반입원비’를 각각 지급합니다.
- ④ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호에서 제3호의 경우 피보험자가 최초의 수술동반입원이 후 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속하여 수술동반입원한 것으로 봅니다.
- ⑤ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호 ‘질병재해수술동반입원비’ 및 제3호 ‘4대주요질병수술동반입원비’의 지급일수는 1회 수술동반입원당 30일을 최고 한도로 합니다. 다만, 1종(갱신형)의 경우 이 계약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 수술동반입원일을 기준으로 1회 수술동반입원당 30일을 최고 한도로 하여 계산합니다.
- ⑥ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호 ‘질병재해수술동반입원비’ 및 제3호 ‘4대주요질병수술동반입원비’의 경우 동일한 ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원하고 그 입원기간 동안 수술을 한 경우 이를 1회 수술동반입원으로 보고 각 수술동반입원일수를 더하여 제4항 및 제5항을 적용합니다

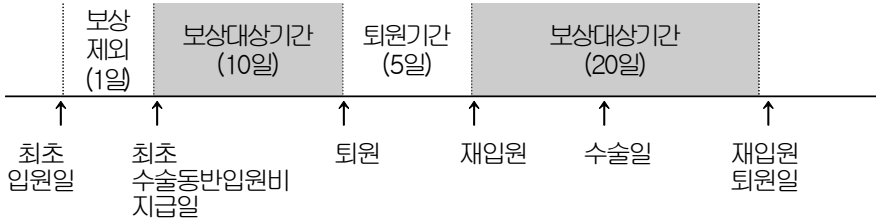
<보상기간 예시1>

※ 뇌출혈로 수술하고 21일 입원하고 퇴원, 동일한 뇌출혈로 15일간 재입원시



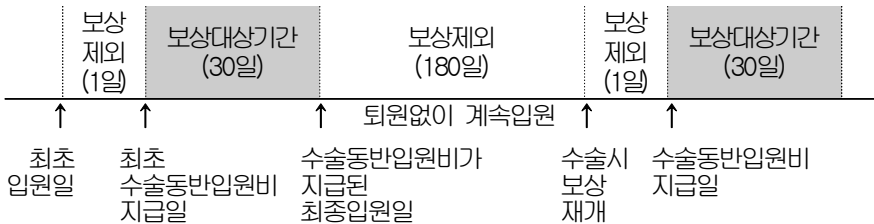
<보상기간 예시2>

※ 뇌출혈로 11일 입원하고 퇴원, 동일한 뇌출혈로 20일간 재입원해 수술시



- ⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’에 의한 수술동반입원이 라도 ‘질병재해수술동반입원비’ 또는 ‘4대주요질병수술동반입원비’가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑧ 제7항의 새로운 입원일 이후 동일한 ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’으로 수술을 받은 경우에는 또 다른 수술동반입원으로 보아 ‘질병재해수술동반입원비’ 또는 ‘4대주요질병수술동반입원비’를 지급합니다. 다만, 아래와 같이 ‘질병재해수술동반입원비’ 또는 ‘4대주요질병수술동반입원비’가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 ‘질병재해수술동반입원비’ 또는 ‘4대주요질병수술동반입원비’가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>

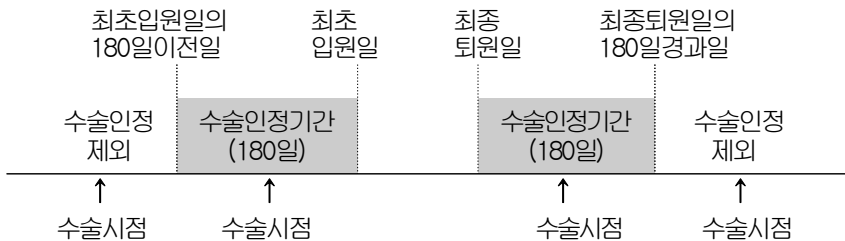


- ⑨ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호에서 제3호의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 종료당시 현재 입원중인 입원기간에 대하여는 제5항에 따라 ‘질병재해수술동반입원비’ 또는 ‘4대주요질병수술동반입원비’를 지급합니다.
- ⑩ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호에서 제3호의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사, 치과의사 또는 한의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 ‘질병재해수술동반입원비’ 또는 ‘4대주요질병수술동반입원비’의 전부 또는 일부를 지급하지 않습

니다.

- ⑪ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호에서 제3호의 경우 ‘수술’이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과되기 이전 동일한 ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’한 경우 ‘질병재해수술동반입원비’ 또는 ‘4대주요질병수술동반입원비’를 제1항 내지 제10항에 따라 지급합니다.

<수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 수술인정기간 기준>



- ⑫ 제7조(보험금의 지급사유) 제5호와 제27조(계약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[약관용어 설명]

- **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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ⑬ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제7조(보험금의 지급사유)의 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ⑭ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유) 제2호에서 제5호의 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.

제9조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 결과 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

[약관용어 설명]

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제10조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

[약관용어 설명]

- **지체 없이** : 정당한 이유 없이 의무 이행을 지연하는 일이 없이

제11조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 입·퇴원확인서, 수술확인서, 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대 전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

- ② 회사는 제7조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 건강관리자금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] ‘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 가 지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - 1. 소송제기
 - 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 - 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. 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제18조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 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.

[약관용어 설명]

- **보험금지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제13조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제7조(보험금의 지급사유)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 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

[약관용어 설명]

【보험금을 나누어 지급받는 경우 예시】

보험금을 일시에 받지 않고 3년동안 매년 나누어 지급(3회)받는 경우

- 보험금 : 9천만원
- 지급사유발생일자 : 2023년 7월 1일
- 평균공시이율 : 2.0% 가정

실제 지급일자	나누어 지급할 금액	연단위 복리로 계산한 총 지급금액
2023년 7월 1일	3천만원	3천만원
2024년 7월 1일	3천만원	$3\text{천만원} \times (1 + \text{평균공시이율 } 2.0\%) = 30,600,000\text{원}$
2025년 7월 1일	3천만원	$3\text{천만원} \times (1 + \text{평균공시이율 } 2.0\%)^2 = 31,212,000\text{원}$
총액		91,812,000원

※ 평균공시이율 2.0%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 이 계약의 평균공시이율에 따라 계산됩니다.

제14조 【주소변경통지】

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락

처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

- ② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최초의 주소 또는 연락처로 등기우편, 문자메시지, 전자메일, 음성녹음 등 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제15조 【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제7조(보험금의 지급사유) 제1호는 계약자를 보험수익자로 하고, 같은 조 제5호는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 하며 같은 조 제2호에서 제4호는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

【약관용어 설명】

- **법정상속인** : 피상속인이 사망하는 경우, 민법에서 정하는 상속순위에 따라 피상속인의 재산상 지위를 상속할 수 있는 자를 말합니다. 그러나 상속 결격사유가 있는 자는 제외합니다.

제16조 【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 그 책임을 연대로 합니다.

【약관용어 설명】

- **연대책임이란** : 2인 이상이 각각 동일한 내용의 책임을 부담하되, 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 관계를 말합니다. 예를 들어, 계약자가 2인인 보험계약에서 각 계약자는 보험료 전부에 대하여 보험회사에 납입할 의무를 부담합니다. 다만, 2인 중 1인이 보험료 중 일부 또는 전부를 납입하면 다른 1인도 그 1인이 납입한 금액만큼 보험료 납입의무를 면합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제17조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 「의료법」 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【약관용어 설명】

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반했을 때에는 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조 (고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월 내에, 계약을 체결한 날로부터 3년 내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제18조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제17조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약 (1종(갱신형)의 경우 최초계약) 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 계약을 체결한 날(1종(갱신형)의 경우 최초계약 체결일)부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시) 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 ‘반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다’라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
- 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
 - ④ 제17조(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.
 - ⑥ 1종(갱신형)의 경우 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회

복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제19조 【사기에 의한 계약】

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위변조 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 계약을 취소한 경우 회사는 보험금을 지급할 책임이 없고, 이미 지급한 보험금의 반환을 청구할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 보험료를 받은 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

[약관용어 설명]

- **취소** : 유효하게 성립한 법률행위의 효력을 행위시에 소급하여 소멸시키는 것을 말합니다

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제20조 【보험계약의 성립】

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 계약자는 계약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 1종(갱신형) : 1형(간편가입형) - 순수보장형, 건강관리형

2형(일반가입형) - 순수보장형, 건강관리형

2. 2종(비갱신형) : 1형(간편가입형) - 순수보장형, 건강관리형

2형(일반가입형) - 순수보장형, 건강관리형

- ③ 회사는 피보험자가 계약(부가된 특약을 포함합니다)에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ④ 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.
- ⑤ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 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.
- ⑥ 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 계약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 계약의 보험기간이 끝난 후 제25조(계약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑦ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약 청약일로부터 5년)이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
 - 1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
 - 2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
- ⑨ 제7항의 ‘청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약 청약일로부터 5년)이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑩ 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제7항의 청약일(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약 청약일)로 하여 적용합니다.

[약관용어 설명]

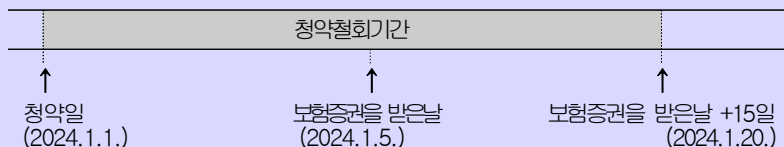
- **보험가입금액 제한** : 피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.
- **일부보장 제외(부담보)** : 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.
- **보험금 삭감** : 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생한 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.
- **보험료 할증** : 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 주계약 보험료 이외에 특별보험료를 부과하는 방법을 말합니다.
- **제1회 보험료** : 계약의 성립에 따라 처음 내는 보험료입니다.

제21조 [청약의 철회]

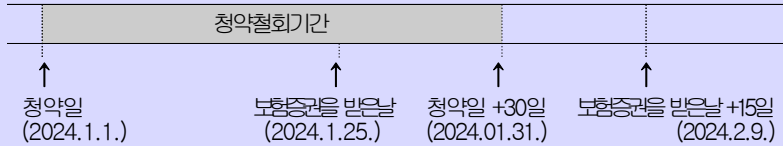
- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 청약을 철회할 수 없습니다.
1. 청약한 날부터 30일(만65세 이상을 계약자로 하는 ‘전화를 이용하여 체결된 보험계약’의 경우에는 45일로 합니다)을 초과하는 경우
 2. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

[약관용어 설명]

[예시 1] ‘보험증권을 받은 날부터 15일 이내’가 청약일로부터 30일을 초과하지 않는 경우



[예시 2] ‘보험증권을 받은 날부터 15일 이내’가 청약일부터 30일을 초과하는 경우



- ② 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 ‘서면 등’이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ③ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험 계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ④ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

[약관용어 설명]

- **청약의 철회** : 계약자가 보험계약을 청약한 이후 단순히 마음이 변하거나 보험 상품에 대한 불만족으로 인하여 체결한 계약을 취소하는 것을 말합니다.
- **전문금융소비자** : 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.

금융소비자 보호에 관한 법률 제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 8. (생략)

9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품 자문업자(이하 “금융상품판매업자등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제22조 【약관교부 및 설명의무 등】

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 등 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, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로

약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 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
- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

[약관의 중요한 내용]

약관의 중요한 내용은 다음의 내용을 말합니다.

1. 청약의 철회에 관한 사항
2. 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
3. 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
4. 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
5. 해약환급금에 관한 사항
6. 분쟁조정절차에 관한 사항
7. 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
8. 저축성 보험계약의 공시이율
9. 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
10. 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

[약관용어 설명]

- **통신판매계약** : 전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

【 전자서명법 제2조 】

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

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제23조 【계약의 무효】

※ 아래 제4호는 제20조(보험계약의 성립) 제2항 제1호 및 제2호의 1형(간편가입형)에 한하여 적용되고, 제1호부터 제3호까지는 공통으로 적용됩니다.

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우.
2. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만 심신박약자가 계약을 체결할 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, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일로부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우

※ ‘계약에서 정한 피보험자의 나이’는 이 보험의 사업방법서를 통해 확인하실 수 있으며, 이 보험의 사업방법서는 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr) ‘상품공시실’ 내에서 확인하실 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것
- **심신상실자** : 의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람
- **심신박약자** : 마음이나 정신의 장애로 인해 사물변별능력 또는 의사결정능력이 없거나 부족한 사람. 민법에서는 한정치산자가 될 수 있음

제24조 【계약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험료의 납입주기, 납입방법 및 납입기간(납입기간은 단축만 가능)
 2. 보험가입금액(단, 보험가입금액의 감액만 가능)
 3. 계약자
 4. 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[보험수익자 변경 관련 설명]

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 계약자가 제3항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해약환급금 및 건강관리자금보다 적어질 수 있습니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약

관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하“전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제25조 【계약의 갱신】

※ 제25조(계약의 갱신)는 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 이 계약의 보험기간은 20년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 갱신할 때 피보험자의 가입나이가 80세를 초과하는 경우 100세만기(순수보장형)로 최종 갱신합니다.
- ② 계약자가 갱신 후 계약의 제1회 보험료를 보험료납입기일(갱신 전 계약의 보험료 납입 기일을 준용합니다)까지 납입한 경우 이 계약은 갱신되어 계속 유지됩니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 계약은 갱신되지 않

습니다.

1. 계약자가 이 계약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
 2. 제27조(계약의 소멸)에 따라 이 계약이 소멸된 경우
 3. 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약은 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 계약의 해당 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS 포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
1. 제3항에 따라 갱신이 제한된 경우 그 제한 사유
 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제6항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용, 과거 갱신보험료 변동 내용 등
- ⑧ 갱신계약의 보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑨ 동 상품에 부가된 특약은 주계약을 갱신하지 않은 경우 해지된 것으로 봅니다.
- ⑩ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑪ 제10항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 계약은 갱신되지 않습니다.
- ⑫ 제10항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

- ⑬ 관련 법규 등의 변경으로 이 계약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제26조 【보험나이 등】

- 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 청약서류에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증(주민등록증이나 면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 보험금 및 보험료 변경시 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 해약환급금을 정산합니다.

[약관용어 설명]

- **보험나이** : 계약자 또는 피보험자의 출생일부터 보험계약일까지의 기간을 따진 나이로 보험료 산정의 기준이 됨
- **연계약해당일** : 계약일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 년의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 연계약해당일로 합니다.
예) 계약일 : 2020년 2월 29일
- 연계약해당일 : 매년 2월 29일이 연계약해당일이나, 2021년 2월 등 해당 월의 계약해당일(29일)이 없는 경우에는 해당 월의 말일(2021년 2월 28일)을 연계약해당일로 합니다.

[보험나이 계산 예시]

생년월일 : 1991년 10월 2일

예1) 2017년 4월 13일에 가입할 경우
 2017년 4월 13일
 - 1991년 10월 2일
 만 25년 6개월 11일
 ⇒ 보험나이 26세

예2) 2017년 11월 13일에 가입할 경우
 2017년 11월 13일
 - 1991년 10월 2일
 만 26년 1개월 11일
 ⇒ 보험나이 26세

제27조 【계약의 소멸】

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없을 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다. 이때, 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 제12조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제12조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제28조 【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 제

1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드 매출승인에 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.

[약관용어 설명]

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제17조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제18조(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. 다만, 진단 계약에서 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 않고, 초과 청약액에 대한 보험료를 돌려드립니다.

제29조 【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.

[약관용어 설명]

- **납입기일** : 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제30조 【보험료의 자동대출납입】

- ① 계약자는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제38조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약대출의 원금과 이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【 약관용어 설명 】

- **자동대출납입** : 보험료를 제때에 내기 곤란한 경우에 가입한 보험상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 처리해 주는 서비스

제31조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 이때 계약 체결시점 또는 이후에 계약자가 알려준 주소로 납입

최고서(납입안내장)을 발송하고, 납입최고서 도달여부는 제14조(주소변경통지) 제2항에 따릅니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 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 해약환급금에서 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 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

[약관용어 설명]

- **납입최고(독촉)** : 약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우 회사가 계약자에게 보험료 납입을 재촉하는 일

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

- ① ~ ② (생략)
- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.
1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명 장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
 3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제32조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】

- ① 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제17조(계약 전 알릴 의무), 제18조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제19조(사기에 의한 계약), 제20조(보험계약의 성립) 제3항 및 제4항 및 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제 1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다. 이때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제17조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제18조(계약 전 알릴 의무

위반의 효과)가 적용됩니다.

[약관용어 설명]

- **부활(효력회복)** : 계약의 효력이 상실된 후 다시 원 계약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 계약을 되살리는 일

제33조 【강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의 없이 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제24조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

[약관용어 설명]

- **강제집행** : 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 사법상의 청구권을 국가권력을 가지고 강제적으로 실현하는 법적절차
- **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 해약환급금 등

제34조 【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제23조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의를 철회되면 그 철회시점 이후부터 계약은 효력을 상실합니다.
- ③ 위 서면동의 철회로 인해 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

[약관용어 설명]

- **장래를 향하여** : 그 효과가 미래에만 영향을 미친다는 의미이며, 서면동의를 철회한 시점까지는 계약의 효력이 유지됩니다.

제34조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사방법 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제37조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 「민법」 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

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

제35조 【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 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시키거나 그 발생위험을 현저하게 변경, 증가시킨 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 기 발생한 부분에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제36조 【회사의 파산선고와 해지】

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제37조(해약환급금) 제1항에 따라 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

제37조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 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 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제34조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제38조 【보험계약대출】

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금(다만, 보험계약대출의 원금과 이자를 제외한 금액) 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 ‘보험계약대출’이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

【약관용어 설명】

- **보험계약 대출** : 계약자가 자신이 가입한 보험을 담보로 하여 받는 대출

제39조 【배당금의 지급】

이 보험은 무배당보험으로 계약자배당금이 없습니다.

제7 관 분쟁의 조정 등

제40조 【분쟁의 조정】

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제 28조에서 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제28조(자료의 기록 및 유지·관리 등)

- ① 금융상품판매업자들은 금융상품판매업등의 업무와 관련한 자료로서 대통령령으로 정하는 자료를 기록하여야 하며, 자료의 종류별로 대통령령으로 정하는 기간 동안 유지·관리하여야 한다.
- ② 금융상품판매업자들은 제1항에 따라 기록 및 유지·관리하여야 하는 자료가 멸실 또는 위조되거나 변조되지 아니하도록 적절한 대책을 수립·시행하여야 한다.
- ③ 금융소비자는 제36조에 따른 분쟁조정 또는 소송의 수행 등 권리구제를 위한 목적으로 제1항에 따라 금융상품판매업자들이 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)을 요구할 수 있다.
- ④ 금융상품판매업자들은 제3항에 따른 열람을 요구받았을 때에는 해당 자료의 유형에 따라 요구받은 날부터 10일 이내의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 금융소비자가 해당 자료를 열람할 수 있도록 하여야 한다. 이 경우 해당 기간 내에 열람할 수 없는 정당한 사유가 있을 때에는 금융소비자에게 그 사유를 알리고 열람을 연기할 수 있으며, 그 사유가 소멸하면 지체 없이 열람하게 하여야 한다.
- ⑤ 금융상품판매업자들은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 금융소비자에게 그 사유를 알리고 열람을 제한하거나 거절할 수 있다.
 1. 법령에 따라 열람을 제한하거나 거절할 수 있는 경우
 2. 다른 사람의 생명·신체를 해칠 우려가 있거나 다른 사람의 재산과 그 밖의 이익을 부당하게 침해할 우려가 있는 경우
 3. 그 밖에 열람으로 인하여 해당 금융회사의 영업비밀(「부정경쟁방지 및 영

- 업비밀보호에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 영업비밀을 말한다)이 현저히 침해되는 등 열람하기 부적절한 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ⑥ 금융상품판매업자등은 금융소비자가 열람을 요구하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수수료와 우송료(사본의 우송을 청구하는 경우만 해당한다)를 청구할 수 있다.
 - ⑦ 제3항 및 제4항에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.
 - ⑧ 제3항부터 제5항까지의 규정에 따른 열람의 요구·제한, 통지 등의 방법 및 절차에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

금융소비자 보호에 관한 법률 제36조(분쟁의 조정)

- ① 조정대상기관, 금융소비자 및 그 밖의 이해관계인은 금융과 관련하여 분쟁이 있을 때에는 금융감독원장에게 분쟁조정을 신청할 수 있다.
- ② 금융감독원장은 제1항에 따른 분쟁조정 신청을 받았을 때에는 관계 당사자에게 그 내용을 통지하고 합의를 권고할 수 있다. 다만, 분쟁조정의 신청내용이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 합의를 권고하지 아니하거나 제4항에 따른 조정위원회에 회부를 하지 아니할 수 있다.
 - 1. 신청한 내용이 분쟁조정대상으로서 적합하지 아니하다고 금융감독원장이 인정하는 경우
 - 2. 신청한 내용이 관련 법령 또는 객관적인 증명자료 등에 따라 합의권고절차 또는 조정절차를 진행할 실익이 없는 경우
 - 3. 그 밖에 제1호나 제2호에 준하는 사유로서 대통령령으로 정하는 경우
- ③ 금융감독원장은 제2항 각 호 외의 부분 단서에 따라 합의권고를 하지 아니하거나 조정위원회에 회부하지 아니할 때에는 그 사실을 관계 당사자에게 서면으로 통지하여야 한다.
- ④ 금융감독원장은 분쟁조정 신청을 받은 날부터 30일 이내에 제2항 각 호 외의 부분 본문에 따른 합의가 이루어지지 아니할 때에는 지체 없이 조정위원회에 회부하여야 한다.
- ⑤ 조정위원회는 제4항에 따라 조정을 회부받았을 때에는 이를 심의하여 조정안을 60일 이내에 작성하여야 한다.
- ⑥ 금융감독원장은 조정위원회가 조정안을 작성하였을 때에는 신청인과 관계 당사자에게 제시하고 수락을 권고할 수 있다.

⑦ 신청인과 관계 당사자가 제6항에 따라 조정안을 제시받은 날부터 20일 이내에 조정안을 수락하지 아니한 경우에는 조정안을 수락하지 아니한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

금융소비자 보호에 관한 법률 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 “소액분쟁사건”이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시 받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시 받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제36조(소액분쟁사건의 기준)

법 제42조제2호에서 “대통령령으로 정하는 금액”이란 2천만원을 말한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제41조 【관할법원】

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자 또는 보험수익자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제42조 【소멸시효】

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권, 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[약관용어 설명]

- **소멸시효** : 주어진 권리를 일정기간 동안 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 제도로, 보험금 등의 지급사유가 발생하였음에도 3년동안 보험금 등을 청구하지 않는 경우 보험금 등에 대한 권리가 소멸합니다.

제43조 【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.

[약관용어 설명]

- **신의성실의 원칙** : 권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙을 말합니다. (민법 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실)】

- ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

제44조 【설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력】

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약할 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- 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.

[약관용어 설명]

- **보험안내 자료** : 보험안내자료는 안내장, 광고전단 및 고객제안서 등 회사의 승인번호가 명시된 자료를 말합니다.

제45조 【회사의 손해배상책임】

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 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 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【 약관용어 설명 】

- **책임 있는 사유** : 고의 또는 과실로 금융소비자보호에 관한 법률을 위반하여 금융소비자에게 손해를 발생시킨 경우를 말합니다.
- **현저하게 공정을 잃은 합의** : 회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제46조 【개인정보보호】

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

【 약관용어 설명 】

- **개인정보 보호법** : 개인정보의 처리 및 보호에 관한 사항을 정함으로써 개인의 자유와 권리를 보호하는 것을 목적으로 제정된 법률을 말합니다.

【개인정보 보호법 제15조(개인정보의 수집 · 이용)】

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.
 1. 정보주체의 동의를 받은 경우

2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
 3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
 4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
 5. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
 6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
 7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항 제1호에 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.

【개인정보 보호법 제17조(개인정보의 제공)】

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 제15조 제1항 제2호, 제3호 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항 제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 삭제

- ④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

<향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

- **신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률** : 신용정보 관련 산업을 건전하게 육성하고 신용정보의 효율적 이용과 체계적 관리를 도모하여 신용정보의 오용·남용으로부터 사생활의 비밀 등을 적절히 보호하기 위한 법률을 말합니다.

【신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)】

- ① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 서면
 2. 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조 제1호에 따른 전자문서를 말한다)
 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동意的 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하

는 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

【신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제33조(개인신용정보의 이용)】

- ① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.
 1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부를 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.

<향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제47조 【준거법】

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

제48조 【예금보험에 의한 지급보장】

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서

정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다. 다만, 계약자 및 보험료 납부자가 법인인 경우에는 지급을 보장하지 않습니다.

[약관용어 설명]

- **예금보험** : 예금자보호법에 의해 설립된 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후에 금융기관이 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하게 하는 공적 보험 제도입니다.
- **예금자보호법** : 금융기관이 파산 등의 사유로 예금 등을 지급할 수 없는 상황에 대처하기 위하여 예금보험제도 등을 효율적으로 운영함으로써 예금자 등을 보호하고 금융제도의 안정성을 유지하는데 이바지하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

■ 1종(갱신형)

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
건강관리 자금	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형	-
		건강관리형 (다만, 보험기간이 20년 미만인 최종 갱신계약은 제외)	100만원
재해사망 보험금	피보험자가 보험기간 중 재해로 인하여 사망한 경우	3,000만원	
질병재해 수술동반 입원비	피보험자가 보험기간 중 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 2일 이상 계속하여 수술동반입원하였을 때 (1회 수술동반입원당 30일 한도)	1일초과 입원일수 1일당 3만원	
4대주요 질병 수술동반 입원비	피보험자가 보험기간 중 4대주요질병으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 2일 이상 계속하여 수술동반입원하였을 때(1회 수술동반입원당 30일 한도) [‘질병재해수술동반입원비’에 추가지급]	1일초과 입원일수 1일당 5만원	
4대주요 질병 수술자금	피보험자가 보험기간 중 4대주요질병으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	200만원 (수술 1회당)	

- 주) 1. 최초계약의 경우 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%[질병재해수술동반입원비 및 4대주요질병수술동반입원비의 경우 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 해당 수술동반입원비가 발생하였다 하더라도 수술동반입원일이 계약일부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 수술동반입원비는 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 수술동반입원비는 100%를 지급]을 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 갱액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. ‘질병재해수술동반입원비’ 및 ‘4대주요질병수술동반입원비’의 지급일수는 1회 수술동반입원당 30일을 최고 한도로 합니다. 다만, 이 계약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 수술동반입원일을 기준으로 1회 수

술동반입원당 30일을 최고 한도로 하여 계산합니다.

3. '4대주요질병수술동반입원비'는 '질병재해수술동반입원비'와 중복하여 지급합니다.
4. '4대주요질병'이란 [별표 3] '4대주요질병 분류표'에서 정한 질병으로 심질환, 뇌혈관질환, 간·췌장질환, 폐질환을 말합니다.
5. 이 계약에서 '수술동반입원'은 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 '질병 및 재해' 또는 '4대주요질병'으로 인해 다음 각 목의 치료에 모두 해당되는 경우를 말합니다.
 - 가. '질병 및 재해' 또는 '4대주요질병'의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우
 - 나. '질병 및 재해' 또는 '4대주요질병'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 경우다. '가.'의 입원 및 '나.'의 수술은 동일한 '질병 및 재해' 또는 '4대주요질병'에 대한 것일 경우

다만, '수술'이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과되기 이전 동일한 '질병 및 재해' 또는 '4대주요질병'의 치료를 직접적인 목적으로 '수술'한 경우 보장대상에 포함합니다.
6. 5.의 '수술'은 동일한 '질병 및 재해' 또는 '4대주요질병'으로 2종류 이상의 수술을 받은 경우 가장 먼저 수술한 경우를 말합니다.
7. 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

■ 2종(비갱신형)

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액	
건강관리자금	피보험자가 80세 계약해당일 전일까지 살아있을 때	순수보장형	-
		건강관리형	200만원
재해사망보험금	피보험자가 보험기간 중 재해로 인하여 사망한 경우	3,000만원	
질병재해수술동반입원비	피보험자가 보험기간 중 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 2일 이상 계속하여 수술동반입원하였을 때 (1회 수술동반입원당 30일 한도)	1일초과 입원일수 1일당 3만원	
4대주요질병수술동반입원비	피보험자가 보험기간 중 4대주요질병으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 2일 이상 계속하여 수술동반입원하였을 때(1회 수술동반입원당 30일 한도) [질병재해수술동반입원비]에 추가지급	1일초과 입원일수 1일당 5만원	
4대주요질병수술자금	피보험자가 보험기간 중 4대주요질병으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	200만원 (수술 1회당)	

- 주) 1. 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%[질병재해수술동반입원비 및 4대주요질병수술동반입원비의 경우 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 해당 수술동반입원비가 발생하였다 하더라도 수술입원일이 계약일부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 수술동반입원비는 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 수술동반입원비는 100%를 지급]를 지급합니다.
2. ‘질병재해수술동반입원비’ 및 ‘4대주요질병수술동반입원비’의 지급일수는 1회 수술동반입원당 30일을 최고 한도로 합니다.
3. ‘4대주요질병수술동반입원비’는 ‘질병재해수술동반입원비’와 중복하여 지급합니다.
4. ‘4대주요질병’이란 [별표 3] ‘4대주요질병 분류표’에서 정한 질병으로 심질환, 뇌혈관질환, 간·췌장질환, 폐질환을 말합니다.
5. 이 계약에서 ‘수술동반입원’은 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’으로 인해 다음 각 목의 치료에 모두 해당되는 경우를 말합니다.
- 가. ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우
- 나. ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 경우
- 다. ‘가.’의 입원 및 ‘나.’의 수술은 동일한 ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’에 대한 것일 경우
- 다만, ‘수술’이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과되기 이전 동일한 ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’한 경우 보장대상에 포함합니다.
6. 5.의 ‘수술’은 동일한 ‘질병 및 재해’ 또는 ‘4대주요질병’으로 2종류 이상의 수술을 받은 경우 가장 먼저 수술한 경우를 말합니다.
7. 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

[별표 2]

질병 및 재해분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병사인분류 상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

[감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 (정의)]

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다.
다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
가. 에볼라바이러스병 나. 마버그열 다. 라싸열
라. 크리미안콩고출혈열 마. 남아메리카출혈열 바. 리프트밸리열
사. 두창 아. 페스트 자. 탄저
차. 보툴리눔독소증 카. 야토병 타. 신종감염병증후군
파. 중증급성호흡기증후군(SARS) 하. 중동호흡기증후군(MERS)
거. 동물인플루엔자 인체감염증 너. 신종인플루엔자 디. 디프테리아
3. (생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(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

- ※ ()안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’ 해당 여부를 판단합니다. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’ 해당여부는 피보험자가 진단(사고 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 진단(사고 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경 되더라도 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’ 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ※ 위 ‘1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해 ②’에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

[별표 3]

4대주요질병 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘4대주요질병’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘4대주요질병’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
심질환	심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	100
	심장 침범이 있는 류마티스열	101
	류마티스 무도병	102
	류마티스성 승모판 질환	105
	류마티스성 대동맥판 질환	106
	류마티스성 삼첨판 질환	107
	다발판막질환	108
	기타 류마티스 심장 질환	109
	협심증	120
	급성 심근경색증	121
	후속 심근경색증	122
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	123
	기타 급성 허혈심장 질환	124
	만성 허혈심장병	125
	폐 색전증	126
	기타 폐성 심장질환	127
	폐혈관의 기타 질환	128
	급성 심장막염	130
	심장막의 기타 질환	131
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	132
	급성 및 아급성 심내막염	133
	비류마티스성 승모판 장애	134
	비류마티스성 대동맥판 장애	135
	비류마티스성 삼첨판 장애	136
	폐동맥판 장애	137
	상세불명 판막의 심내막염	138
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애	139
	급성 심근염	140
	달리 분류된 질환에서의 심근염	141
	심근병증	142
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	143

대 상 질 병 명		분류번호
심질환	방실 차단 및 좌각 차단	I44
	기타 전도 장애	I45
	심장정지	I46
	발작성 빈맥	I47
	심방 세동 및 조동	I48
	기타 심장 부정맥	I49
	심부전	I50
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
	칸디다심내막염	B37.6
	수막알균성 심장병	A39.5
뇌혈관질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내 출혈	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 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	뇌혈관 질환의 후유증	I69
간·췌장질환	알코올성 간질환	K70
	독성간질환	K71
	달리 분류되지 않는 간부전	K72
	달리 분류되지 않는 만성 간염	K73
	간의 섬유증 및 경변증	K74
	기타 염증성 간질환	K75
	간의 기타 질환	K76
	달리 분류된 질환에서의 간장애	K77
	거대세포바이러스간염	B25.1
	톡소포자충감염	B58.1
	급성 췌장염	K85
	췌장의 기타 질환	K86

대 상 질 병 명		분류번호
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

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘4대주요질병’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제37조 제2항 관련)

구 분	적립기간		적립이율
질병재해수술동반 입원비, 4대주요질병 수술동반입원비, 4대주요질병 수술자금, 재해사망보험금 (제7조 제2호에서 제5호)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
건강관리자금 (제7조 제1호)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일 이후	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제37조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간		-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 건강관리자금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제42조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 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.
4. 가산이율 적용시 제12조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

암진단특약 | 갱신형, 비갱신형, 무배당_H 약관

[1형(간편가입형), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 1종(갱신형) 또는 2종(비갱신형) 중 계약자가 선택한 보종에 한하여 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율(갱신 계약의 경우 갱신시점의 이율)을 말합니다.

※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

2. 기간과 날짜 관련 용어

가. 암보장개시일

- (1) 1종(갱신형)

최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

- (2) 2종(비갱신형)

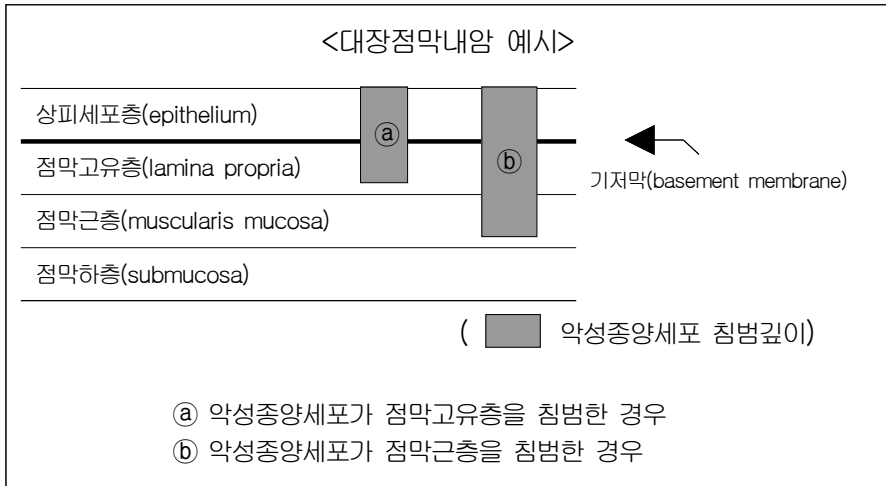
계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

나. 갱신일 : 1종(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암, 중증 이외의 갑상선암 및 대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말하고 아래에 해당하는 질병은 이 계약에 있어서 ‘암’에 해당하지 않습니다.
 1. 제2항에서 정의한 ‘기타피부암’
 2. 제4항에서 정의한 ‘중증 이외의 갑상선암’
 3. 제5항에서 정의한 ‘대장점막내암’
 4. 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 3] ‘기타 피부의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘중증 갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병 중 ‘수질성암(Medullary carcinoma)’ 또는 ‘역형성암(Anaplastic carcinoma)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘중증 이외의 갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병 중 ‘중증 갑상선암’을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 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.



- ⑥ 이 특약에서 ‘전립선암’은 제1항에서 정의한 ‘암’ 중 한국표준질병·사인분류 중 ‘전립선’의 악성 신생물(분류번호 C61)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에서 ‘일반암’은 제1항에서 정의한 ‘암’ 중 제6항에서 정의한 ‘전립선암’을 제외한 암을 말합니다.
- ⑧ ‘암(중증 갑상선암 제외)’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 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. ‘암(중증 갑상선암 제외)’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ ‘중증 갑상선암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. ‘중증 갑상선암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑩ 제8항 내지 제9항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암(중증 갑상선암 제외)’ 및 ‘중증 갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

■ 진단이 가능하지 않을 때 예시

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

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

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발 암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C44(기타 피부의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C44(기타 피부의 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.
- C61(전립선의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘일반암’으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 ‘일반암진단보험금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다).

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항, 제3항 및 제5항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고 제4항은 같은조 같은 항의 2종(비갱신형)에 적용됩니다. 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 암보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 ‘일반암’으로 최초 진단 확정시 최초계약의 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 ‘일반암진단보험금’의 50%를 지급합니다.
- ④ 피보험자에게 이 특약의 암보장개시일 이후 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 ‘일반암’으로 최초 진단 확정시 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 ‘일반암진단보험금’의 50%를 지급합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 사망하고 그 후에 ‘일반암’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제8항에서 정한 방법으로 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단자금을 지급합니다. 다만, ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘일반암’으로 진단이 확정된 경우에는 진단자금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제5항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제5항 제3호에 의한 계약 자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료가 있는 경우 제4항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있음

니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

[의료법 제3조(의료기관)]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 ‘의료기관’이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 ‘의료업’이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제6조 【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

해친 결과 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

[약관용어 설명]

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제7조 【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 사망진단서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인인 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 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 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는

[별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.

- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가 지급제도(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(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 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. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제8항에 따라 보험금 지급에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가 지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제9조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제10조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 「의료법」 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【 약관용어 설명 】

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【 상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실

로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제10조(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.

- ⑥ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제12조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다. 다만, 주계약이 갱신행일 경우에는 2종(비갱신행)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신행)
 2. 2종(비갱신행)
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「간편가입형」인 경우, 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
 3. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능
- ④ 제1항 내지 제3항에 따라 1종(갱신행)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신행계약’이라 합니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
 다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
 다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
4. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘일반암진단보험금’ 지급사유가 발생한 경우
- ⑥ 제5항의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약채결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.
- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제13조 【특약의 무효】

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

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우
3. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(다만, 1형(간편가입형) 또는 2형(간편가입형 II) 가입시에 한함)

제14조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제1항 및 제3항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 ‘일반암’에 대한 보장개시일은 ‘암보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제15조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【 보험수익자 변경 관련 설명 】

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제17조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다

만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 - 2. 약관 제12조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 - 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 - 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 - 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하

고 확인을 받아야합니다.

- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제18조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱

신 전 계약을 준용합니다.

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것

3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

- ① ~ ② (생략)
- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.
 1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
 3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에

따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제22조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

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

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사방법 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<항후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제23조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 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 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다

제 7 관 기타사항

제24조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

○ 1종(갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
일반암진단 보험금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘일반암’으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 최초 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 암보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 ‘일반암’으로 최초 진단 확정시 최초계약의 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 ‘일반암진단보험금’의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘중증 이외의 갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미하며 ‘일반암’이란 ‘암’(기타피부암, 중증 이외의 갑상선암 및 대장점막내암을 제외)에서 ‘전립선암’을 제외한 암을 말합니다.
3. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
4. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
일반암진단 보험금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘일반암’으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 암보장개시일 이후 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 ‘일반암’으로 최초 진단 확정시 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 ‘일반암진단보험금’의

50%를 지급합니다.

2. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘중증 이외의 갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미하며 ‘일반암’이란 ‘암’(기타피부암, 중증 이외의 갑상선암 및 대장점막내암을 제외)에서 ‘전립선암’을 제외한 암을 말합니다.
3. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
4. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

[별표 2]

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암, 중증 이외의 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26 ^{주3)}
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 종피성 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. 갑상선의 악성신생물	C73 ^{주4)}
13. 부신의 악성신생물	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 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 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수성유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
3. ‘소화기관의 악성신생물(C15~C26)’의 경우 이 계약 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

제5항에서 정한 ‘대장점막내암’은 ‘암’에서 제외됩니다.
4. ‘갑상선의 악성신생물(C73)’의 경우 이 특약 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 ‘중증 이외의 갑상선암’은 ‘암’에서 제외됩니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘기타피부암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

- 주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 4]

갑상선의 악성신생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘갑상선암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

- 주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
일반암 진단보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날 부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

소액암진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당_H 약관

[1형(간편가입형), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 1종(갱신형) 또는 2종(비갱신형) 중 계약자가 선택한 보종에 한하여 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율(갱신 계약의 경우 갱신시점의 이율)을 말합니다.

※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

2. 기간과 날짜 관련 용어

가. 암보장개시일

- (1) 1종(갱신형)

최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

- (2) 2종(비갱신형)

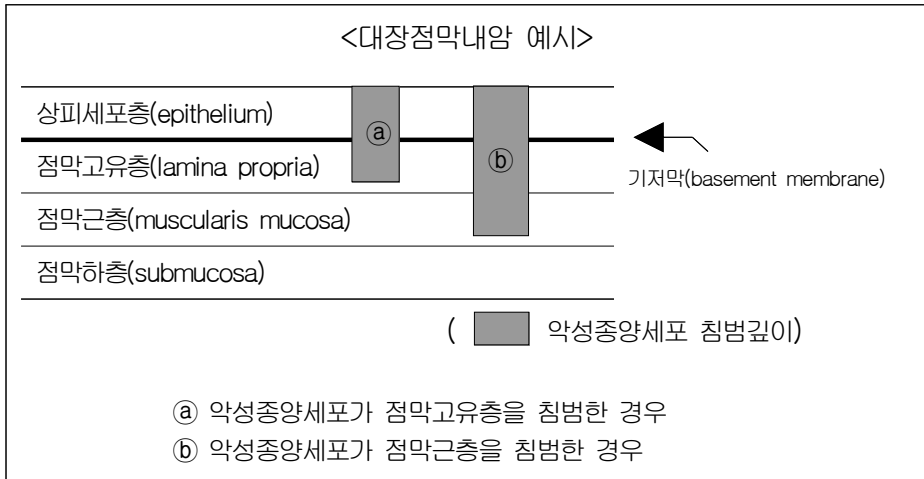
계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

나. 갱신일 : 1종(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암, 중증 이외의 갑상선암 및 대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말하고, 아래에 해당하는 질병은 이 계약에 있어서 ‘암’에 해당하지 않습니다.
 1. 제2항에서 정의한 ‘기타피부암’
 2. 제4항에서 정의한 ‘중증 이외의 갑상선암’
 3. 제5항에서 정의한 ‘대장점막내암’
 4. 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 3] ‘기타 피부의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘중증 갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병 중 ‘수질성암(Medullary carcinoma)’ 또는 ‘역형성암(Anaplastic carcinoma)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘중증 이외의 갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병 중 ‘중증 갑상선암’을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 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.



- ⑥ 이 특약에서 ‘전립선암’은 제1항에서 정의한 ‘암’으로 분류되는 질병에서 한국표준질병·사인분류 중 ‘전립선의 악성 신생물(분류번호 C61)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘전립선암’ 및 ‘기타피부암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 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. ‘전립선암’ 및 ‘기타피부암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ ‘중증 이외의 갑상선암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. ‘중증 이외의 갑상선암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 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. ‘대장점막내암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑩ 제7항 내지 제9항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전립선암’, ‘기타피부암’, ‘중증 이외의 갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

■ 진단이 가능하지 않을 때 예시

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

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C44(기타 피부의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C44(기타 피부의 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.
- C61(전립선의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

제4조 【‘제자리암’, ‘경계성종양’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘제자리암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 5] ‘제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘경계성종양’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 6] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 진단 확정은 병리 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. ‘제자리암’ 및 ‘경계성종양’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘제자리암’ 및 ‘경계성종양’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

■ 진단이 가능하지 않을 때 예시

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

[약관용어 설명]

- **경계성종양** : 양성 종양과 악성 종양의 중간 단계. 즉, 악성인지 양성인지 구분이 모호한 단계의 신생물

제5조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘전립선암’으로 진단확정 되었을 때 : 전립선암진단보험금 (다만, 최초 1회에 한하여 지급하며, 피보험자가 남성인 경우에 한함)
2. 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘중증 이외의 갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단확정 되었을 때 : 소액암진단보험금 (다만, ‘기타피부암’, ‘중증 이외의 갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’, ‘경계성종양’ 각각 최초 1회에 한하여 지급)

제6조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항, 제3항, 제8항 및 제9항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고 제4항은 같은조 같은 항의 2종(비갱신형)에 적용됩니다. 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일(전립선암의 경우 ‘암보장개시일’) 이후 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 계약일 부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일(전립선암의 경우 ‘암보장개시일’) 이후 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일(전립선암의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 사망하고 그 후에 ‘전립선암’, ‘기타피부암’, ‘중증 이외의 갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단자금을 지급합니다. 다만, ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘전립선암’으로 진단이 확정된 경우에는 해당 진단보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제5항에 의한 진단확정으로 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제5항 제4호에서 정한 바에 따라 계약이 소멸된 경우에는 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제5항 제3호에 의한 계약 자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료가 있는 경우 제5항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ⑦ ‘전립선암’, ‘기타피부암’, ‘중증 이외의 갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단확정 되어 해당 진단보험금이 지급된 후에 제18조(특약의 갱신)에 따라 이 특약이 갱신된 경우에도 갱신평특약의 보험기간 중 ‘전립선암’, ‘기타피부암’,

‘중증 이외의 갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단 확정된 경우 해당 진단보험금을 각각 1회에 한하여 지급합니다.

- ⑧ 피보험자에게 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 지급사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일 이후에 이미 지급된 진단보험금의 질병과 동일한 지급사유인 경우(이미 지급된 진단보험금 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 전일 이전에 진단 확정되어 진단보험금 지급사유가 발생되더라도 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제5조(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.

[의료법 제3조(의료기관)]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 - 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원
 - 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 - 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호

부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제7조 【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 해친 결과 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

【 약관용어 설명 】

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제8조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

【 보험금 지급일 예시 】

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

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 7] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에 정합니다.
1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 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. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제10항에 따라 보험금 지급 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제10조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제11조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)]

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중

요한 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또

는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제11조(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.
- ⑥ 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제13조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다. 다만,

주계약이 갱신형일 경우에는 2종(비갱신형)을 선택할 수 없습니다.

1. 1종(갱신형)
2. 2종(비갱신형)

③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.

1. 주계약이 「간편가입형」인 경우, 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
2. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
3. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능

④ 제1항 내지 제3항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초 계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.

⑤ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우

다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

4. 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

⑥ 제5항의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제7항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제9조(보험금

의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.
- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제14조 【특약의 무효】

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

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.

2. 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우
3. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(다만, 1형(간편가입형) 또는 2형(간편가입형 II) 가입시에 한함)

제15조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제1항 및 제3항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제6항에서 정한 ‘전립선암’에 대한 보장개시일은 ‘암보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제16조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【 보험수익자 변경 관련 설명 】

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에

따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제18조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 약관 제13조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관

등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제19조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제18조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제20조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제21조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포

함합니다)

- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 - 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 - 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 - 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 - 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 - 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

- ① ~ ② (생략)
- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.
 - 1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 - 2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명 장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
 - 3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것

4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제22조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립

니다.

제23조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

【 약관용어 설명 】

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

제24조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘산출방법서’에 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 [별표 7] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제 7 관 기 타 사 항

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

○ 1종(갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 100만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
전립선암 진단보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘전립선암’으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하며, 피보험자가 남성인 경우에 한함)	100만원 (다만, 최초 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
소액암 진단보험금	피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 중증 이외의 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각각 최초 1회에 한함)	100만원 (다만, 최초 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 보장개시일(전립선암의 경우 ‘암보장개시일’) 이후 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 이 특약의 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 강제하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 소액암진단보험금의 경우 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘중증 이외의 갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’, ‘경계성종양’으로 진단확정 시 각각 최초 1회에 한하여 지급합니다.
3. ‘대장점막내암’으로 보험금 지급사유 발생시 ‘대장점막내암’에 해당하는 소액암진단보험금을 지급하고 ‘제자리암’에 해당하는 소액암진단보험금은 지급되지 않습니다.
4. 이 특약의 ‘암보장개시일’은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 ‘암보장개시일’은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
5. 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 합니다.
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 100만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
전립선암 진단보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘전립선암’으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하며, 피보험자가 남성인 경우에 한함)	100만원 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 지급사유 가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
소액암 진단보험금	피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 중증 이외의 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각각 최초 1회에 한함)	100만원 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 지급사유 가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 보장개시일(전립선암의 경우 ‘암보장개시일’) 이후 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 이 특약의 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
2. 소액암진단보험금의 경우 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘중증 이외의 갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’, ‘경계성종양’으로 진단확정 시 각각 최초 1회에 한하여 지급합니다.
3. ‘대장점막내암’으로 보험금 지급사유 발생시 ‘대장점막내암’에 해당하는 소액암진단보험금을 지급하고 ‘제자리암’에 해당하는 소액암진단보험금은 지급되지 않습니다.
4. 이 특약의 ‘암보장개시일’은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 ‘암보장개시일’은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
5. 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 합니다.
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

[별표 2]

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암, 중증 이외의 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26 ^{주3)}
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. 갑상선의 악성신생물	C73 ^{주4)}
13. 부신의 악성신생물	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 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 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
3. ‘소화기관의 악성신생물(C15~C26)’의 경우 이 계약 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

제5항에서 정한 ‘대장점막내암’은 ‘암’에서 제외됩니다.
4. ‘갑상선의 악성신생물(C73)’의 경우 이 특약 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 ‘중증 이외의 갑상선암’은 ‘암’에서 제외됩니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘기타피부암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 4]

갑상선의 악성신생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘갑상선암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 5]

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘제자리암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 20-26.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘제자리암’ 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01 ^{주2)}
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘제자리암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. ‘기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01)’의 경우 이 특약 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘대장점막내암’은 제외됩니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 6]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘경계성종양’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘경계성종양’ 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물 ^{주2}	D47 (D47.1, D47.3,D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘경계성종양’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 만성 골수증식 질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수성유증(D47.4), 만성호산구성 백혈병(과호산증후군)(D47.5)은 ‘9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물’에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 7]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
전립선암 진단보험금, 소액암진단 보험금 (제5조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이 내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날 부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까 지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 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 적용시 제9조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

뇌졸중진단특약 | 갱신형, 비갱신형, 무배당 | H 약관 [1형(간편가입형), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 1종(갱신형) 또는 2종(비갱신형) 중 계약자가 선택한 보종에 한하여 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율(갱신 계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
2. 갱신일 : 1종(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘뇌졸중’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘뇌졸중’은 ‘뇌출혈(분류번호 160~162)’과 ‘뇌경색증(분류번호 163)’을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘뇌졸중’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘뇌졸중 분류표’에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

- ③ ‘뇌졸중’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사 또는 한의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **전산화단층촬영(CT scan, Computed Tomography scan)** : 시티 스캐너를 이용한 컴퓨터 단층 촬영법. 엑스선이나 초음파를 여러 각도에서 비추어, 투영된 인체 내부 영상을 컴퓨터로 해석하여 화상으로 처리한 뒤 단면의 모습을 재생함으로써 종양 따위를 검출하여 내는 촬영기술
- **자기공명영상(MRI, Magnetic Resonance Imaging)** : 핵자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
- **뇌혈관조영술** : 뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위하여 말초혈관을 통하여 조영제(X-선에 반응하여 희게 촬영되는 물질)를 뇌혈관에 주입하여 X-선으로 촬영하는 기술
- **양전자 방출 단층 촬영(PET, Positron Emission Tomography)** : 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
- **단일광자방출 전산화단층술(SPECT, Single Photon Emission Computed Tomography)** : γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
- **뇌척수액검사** : 뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상유무를 알아보는 것

[의료법 제3조 및 제5조]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

- 1.의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 - 2.조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 - 3.병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는

전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌졸중’으로 진단이 확정되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 ‘뇌졸중진단지금’([별표1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다).

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항 및 제3항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고 제4항은 같은조 같은 항의 2종(비갱신형)에 적용됩니다. 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라고 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ④ 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

- ⑤ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 ‘뇌졸중’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 제3조(‘뇌졸중’의 정의 및 진단 확정) 제3항 단서에서 정한 방법으로 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘뇌졸중진단자금’을 지급합니다.
- ⑥ 제5항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제5항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제7항에 의한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료가 있는 경우 제3항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제4조(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.

제6조 【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 해친 결과 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

【약관용어 설명】

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 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 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 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 이내에 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(대사기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 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. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

제9조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제10조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때다만, 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제10조(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.
- ⑥ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제12조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다. 다만, 주계약이 갱신행일 경우에는 2종(비갱신행)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신행)
 2. 2종(비갱신행)
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「간편가입형」인 경우, 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
 3. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능
- ④ 제1항 내지 제3항에 따라 1종(갱신행)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초 계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신행계약’이라 합니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
 4. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ⑥ 제5항 제3호 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.
- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제13조 【특약의 무효】

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

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(다만, 1형(간편가입형) 또는 2형(간편가입형 II) 가입시에 한함)

제14조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제1항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제15조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[보험수익자 변경 관련 설명]

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제17조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 약관 제12조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는

이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제18조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한

보험기간으로 합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

- ① ~ ② (생략)
- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.
 1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해

필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것

2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품 설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 중전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제22조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위

및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

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

제23조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘산출방법서’에 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 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제24조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

○ 1종(갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌졸중 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌졸중’으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 최초 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 최초계약의 경우 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 이 특약에서 보장하는 ‘뇌졸중(분류코드 I60 ~ I63)’은 뇌출혈(분류코드 I60 ~ I62) 및 ‘뇌경색증(분류코드 I63)’으로 최초 1회만 보장합니다.
3. 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
4. 피보험자가 사망한 경우 뇌졸중으로 진단이 확정되지 않은 상태에서 의심되거나 추정적인 진단만으로는 보장하지 않습니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌졸중 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌졸중’으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

2. 이 특약에서 보장하는 ‘뇌졸중(분류코드 I60 ~ I63)’은 뇌출혈(분류코드 I60 ~ I62) 및 ‘뇌경색증(분류코드 I63)’으로 최초 1회만 보장합니다.
3. 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
4. 피보험자가 사망한 경우 뇌졸중으로 진단이 확정되지 않은 상태에서 의심되거나 추정적인 진단만으로는 보장하지 않습니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

[별표 2]

뇌졸중 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘뇌졸중’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘뇌졸중’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명			분 류 번 호
뇌졸중	뇌출혈	거미막하출혈	I60
		뇌내출혈	I61
		기타 비외상성 두개내출혈	I62
	뇌경색증		I63

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘뇌졸중’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
뇌졸중 진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이 내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날 부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까 지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 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 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

급성심근경색증진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당_H 약관

[1형(간편가입형), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 1종(갱신형) 또는 2종(비갱신형) 중 계약자가 선택한 보증에 한하여 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율(갱신 계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
2. 갱신일 : 1종(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘급성심근경색증’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘급성심근경색증’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘급성심근경색증 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘급성심근경색증’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사 또는 한의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵

의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 ‘급성심근경색증’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 ‘급성심근경색증’으로 확정되거나 추정되는 경우

[약관용어 설명]

- **심전도(electrocardiogram : EKG, ECG)** : 심박동과 관련되어 나타나는 전위변화를 나타내는 심장의 전기적 그림을 말함
- **심장초음파(echocardiography : echo)** : 심장에 초음파를 보내어 되돌아오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상에 나타내는 것으로 심장의 형태, 움직임에 관한 내용을 파악할 수 있음
- **혈액중심장효소검사** : 혈액 내 포함되어 있는 효소의 수치를 이용하여 급성심근경색 손상을 확인하는 효소검사
- **핵의학검사** : 동위 원소를 이용하는 의학분야의 검사로, 대개의 경우는 방사선 동위원소를 사용하고 거기서 나오는 방사능을 조사함으로써 그 원소의 위치를 조사해 장기의 형태, 장기의 기능, 물질대사가 되는 것 등을 조사하는 진단학과 그 방사능을 이용해서 치료하는 치료방법들을 말함(ex : PET검사, 골주사검사 등)

[의료법 제3조 및 제5조]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자

2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자

3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘급성심근경색증’로 진단이 확정되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 ‘급성심근경색증진단자금’([별표1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다).

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항 및 제3항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고 제4항은 같은조 같은 항의 2종(비갱신형)에 적용됩니다. 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ④ 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 ‘급성심근경색증’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 제3조(‘급성심근경색증’의 정의 및 진단 확정) 제2항 단서에서 정한 방법으로 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘급성심근경색증진단자금’을 지급합니다.
- ⑥ 제5항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제5항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제7항에 의한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료가 있는 경우 제3항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

- ⑦ 보험수익자와 회사가 제4조(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.

제6조 【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 해친 결과 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

【약관용어 설명】

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 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 지급합니다. 다만, 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

【 보험금 지급일 예시 】

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

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가 지급제도(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(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 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. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가 지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제9조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제10조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서

등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제10조(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.
- ⑥ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.
- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제12조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다. 다만,

주계약이 갱신형일 경우에는 2종(비갱신형)을 선택할 수 없습니다.

1. 1종(갱신형)
2. 2종(비갱신형)

③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.

1. 주계약이 「간편가입형」인 경우, 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
2. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
3. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능

④ 제1항 내지 제3항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초 계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.

⑤ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우

다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

4. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

⑥ 제5항 제3호 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제7항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금

의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.
- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제13조 【특약의 무효】

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

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험

가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(다만, 1형(간편가입형) 또는 2형(간편가입형 II) 가입시에 한함)

제14조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제1항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제15조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【 보험수익자 변경 관련 설명 】

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.

- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제17조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 - 2. 약관 제12조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 - 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 - 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 - 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.

- ⑪ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제18조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되

었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한

- 다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

- ① ~ ② (생략)
- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.
 1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
 3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된

경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제22조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 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 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 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 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

[약관용어 설명]

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

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제23조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘산출방법서’에 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 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제 7 관 기 타 사 항

제24조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

○ 1종(갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급성심근 경색증 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘급성 심근경색증’으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 최초 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 피보험자가 사망한 경우 급성심근경색증으로 진단이 확정되지 않은 상태에서 의심되거나 추정적인 진단만으로는 보장하지 않습니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급성심근 경색증 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘급성 심근경색증’으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
2. 피보험자가 사망한 경우 급성심근경색증으로 진단이 확정되지 않은 상태에서 의심되거나 추정적인 진단만으로는 보장하지 않습니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

[별표 2]

급성심근경색증 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘급성심근경색증’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘급성심근경색증’ 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병명	분류번호
급성 심근경색증	I21
후속 심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘급성심근경색증’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
급성심근경색증 진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이 내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날 부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까 지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 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 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

뇌혈관질환진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당_H 약관

[1형(간편가입형II), 2형(일반가입형)]

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율(갱신 계약의 경우 갱신시점의 이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
2. 갱신일 : 1종(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘뇌혈관질환’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘뇌혈관질환’은 한국표준질병·사인분류 중 ‘뇌혈관질환 분류표’([별표 2] 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- ② ‘뇌혈관질환’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원

또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 전문의 자격증을 가진 의사 또는 한의사에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출 단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 ‘뇌혈관질환’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 ‘뇌혈관질환’으로 확정되거나 추정되는 경우

[약관용어 설명]

- **전산화단층촬영(CT scan, Computed Tomography scan)** : 시티 스캐너를 이용한 컴퓨터 단층 촬영법. 엑스선이나 초음파를 여러 각도에서 비추어, 투영된 인체 내부 영상을 컴퓨터로 해석하여 화상으로 처리한 뒤 단면의 모습을 재생함으로써 중앙 따위를 검출하여 내는 촬영기술
- **자기공명영상(MRI, Magnetic Resonance Imaging)** : 핵자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
- **뇌혈관조영술** : 뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위하여 말초혈관을 통하여 조영제(X-선에 반응하여 희게 촬영되는 물질)를 뇌혈관에 주입하여 X-선으로 촬영하는 기술
- **양전자 방출 단층 촬영(PET, Positron Emission Tomography)** : 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
- **단일광자방출 전산화단층술(SPECT, Sing Photon Emission Computed Tomography)** : γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
- **뇌척수액검사** : 뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상유무를 알아보는 것

[의료법 제3조 및 제5조]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1.의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 의원

나. 치과의원

다. 한의원

2.조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.

3.병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자

2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자

3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’으로 진단이 확정되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 ‘뇌혈관질환진단지금’([별표1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다).

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항 및 제3항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항의 1종(갱신형)에 적용되고 제4항은 같은조 같은 항의 2종(비갱신형)에 적용됩니다. 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라고 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ④ 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의

50%를 지급합니다.

- ⑤ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 ‘뇌혈관질환’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 제3조(‘뇌혈관질환’의 정의 및 진단 확정) 제2항 단서에서 정한 방법으로 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘뇌혈관질환진단자금’을 지급합니다.
- ⑥ 제5항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제5항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제5항 제3호에 의한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료가 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 ‘뇌혈관질환진단자금’에서 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제4조(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.

제6조 【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 해친 결과 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

【약관용어 설명】

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 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 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 3] ‘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 가 지급 제도(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(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 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. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라

회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

제9조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제10조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알

릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자

또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제10조(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.
- ⑥ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명

하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제12조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다. 다만, 주계약이 갱신형일 경우에는 2종(비갱신형)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신형)
 2. 2종(비갱신형)
- ③ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 1형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
 2. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 2형(일반가입형)만 선택 가능
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 계약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 계약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
이때 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
 4. 피보험자에게 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘뇌혈관질환진단자금’의 지급사유가 발

생한 경우

- ⑥ 제5항 제3호 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑦ 제5항 제3호의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제13조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다

음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 특약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우, 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 1형(간편가입형II)으로 가입시에 한함)

[약관용어 설명]

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

제14조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제1항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제15조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[보험수익자 변경 관련 설명]

- **보험수익자 변경 관련 설명** : 보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제17조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 제12조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
 - ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
 - ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
 - ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락무절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
 - ⑪ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
 - ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제18조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한

보험기간으로 합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

- ① ~ ② (생략)
- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.
 1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필

- 요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명 장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
 3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제22조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사방법

위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<항후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

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

제23조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다

[약관용어 설명]

- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

- 1종(갱 신 형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액 하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 2종(비 갱 신 형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 이 특약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
2. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

뇌혈관질환 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘뇌혈관질환’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘뇌혈관질환’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘뇌혈관질환’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
뇌혈관질환 진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

허혈성심질환진단특약 [갱신형,비갱신형,무배당]_H 약관

[1형(간편가입형II), 2형(일반가입형)]

※ 이 특약은 1종(갱신형) 또는 2종(비갱신형) 중 계약자가 선택한 보종에 한하여 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율(갱신 계약의 경우 갱신시점의 이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
2. 갱신일 : 1종(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘허혈성심질환’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘허혈성심질환’은 한국표준질병·사인분류 중 ‘허혈성심질환 분류표’([별표 2] 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘허혈성심질환’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 전문의 자격증을 가진 의사 또는 한의사에 의하여 내

려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 ‘허혈성심질환’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 ‘허혈성심질환’으로 확정되거나 추정되는 경우

[약관용어 설명]

- **심전도(electrocardiogram : EKG, ECG)** : 심박동과 관련되어 나타나는 전위변화를 나타내는 심장의 전기적 그림을 말함
- **심장초음파(echocardiography : echo)** : 심장에 초음파를 보내어 되돌아오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상에 나타내는 것으로 심장의 형태, 움직임에 관한 내용을 파악할 수 있음
- **혈액중심장효소검사** : 혈액 내 포함되어 있는 효소의 수치를 이용하여 급성심근경색 손상을 확인하는 효소검사
- **핵의학검사** : 동위 원소를 이용하는 의학분야의 검사로, 대개의 경우는 방사선 동위원소를 사용하고 거기서 나오는 방사능을 조사함으로써 그 원소의 위치를 조사해 장기의 형태, 장기의 기능, 물질대사가 되는 것 등을 조사하는 진단학과 그 방사능을 이용해서 치료하는 치료방법들을 말함(ex : PET검사, 골주사검사 등)

[의료법 제3조 및 제5조]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로

의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자

2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자

3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘허혈성심질환’으로 진단이 확정되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 ‘허혈성심질환진단자금’([별표1] '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다).

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항 및 제3항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항의 1종(갱신형)에 적용되고 제4항은 같은조 같은 항의 2종(비갱신형)에 적용됩니다. 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ④ 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 ‘허혈성심질환’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 제3조(‘허혈성심질환’의 정의 및 진단 확정) 제2항 단서에서 정한 방법으로 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘허혈성심질환진단자금’을 지급합니다.
- ⑥ 제5항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제5항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제5항 제3호에 의한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료이 있는 경우 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 ‘허혈성심질환진단자금’에서 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있음

니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 【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 해친 결과 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

【약관용어 설명】

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 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 휴대전

화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 3] ‘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 가 지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험 수익자에게 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(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 - 3. 수사기관의 조사
 - 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험 수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 - 6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명

합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제9조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제10조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서

등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제10조(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.
- ⑥ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제12조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을

- 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다. 다만, 주계약이 갱신형일 경우에는 2종(비갱신형)을 선택할 수 없습니다.
1. 1종(갱신형)
 2. 2종(비갱신형)
- ③ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
1. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 1형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
 2. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 2형(일반가입형)만 선택 가능
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 계약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 계약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
이때 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
 4. 피보험자에게 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘허혈성심질환진단자금’의 지급사유가 발생한 경우
- ⑥ 제5항 제3호 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑦ 제5항 제3호의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경

과보형료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보형료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제13조 【특약의 무효】

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

1. 특약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 1형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)

[약관용어 설명]

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

제14조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제1항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제15조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[보험수익자 변경 관련 설명]

- **보험수익자 변경 관련 설명** : 보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해

지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하“전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제17조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 제12조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용, 과거 갱신보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와

연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.

- ⑪ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제18조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각

호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

① ~ ② (생략)

③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명 장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

- 약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
 - ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
 - ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
 - ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제22조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 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 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지

할 수 있습니다.

- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

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

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사방법 위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제23조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 반환하여 드립니다

[약관용어 설명]

- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기 타 사 항

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

- 1종(갱 신 형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
허혈성심질환 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘허혈성심질환’ 으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액 하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 2종(비 갱 신 형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
허혈성심질환 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘허혈성심질환’ 으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 이 특약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다.
2. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

허혈성심질환 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘허혈성심질환’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘허혈성심질환’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘허혈성심질환’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
허혈성심질환 진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간	-1년이내 : 평균공시이율의 50% -1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

재해장해특약 | 무배당_H 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해: [별첨 1] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장해: [별첨 2] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
2. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말합니다.

※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 장해분류표([별첨 2] 참조)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 재해장해급여금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납

입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ② 제3조(보험금의 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 재해장해급여금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 재해장해급여금을 차감하여 지급합니다. 다만 장애분류표([별첨 2] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제2항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 재해장해급여금이 지급된 것으로 보고, 최종 장애상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해급여금을 빼고 지급합니다.
 - 1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애

1호에 대한 예시

보험계약 전 왼쪽 팔의 손목관절에 약간의 장애(지급률 5%)가 있는 피보험자가 보험가입 후 재해로 왼쪽 손목 관절의 기능을 완전히 잃었을 때(지급률 30%)에는 30%에서 5%를 뺀 25%에 해당하는 보험금을 지급합니다.

- 2. 위 1호 이외에 이 특약의 규정에 따라 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 재해장해급여금이 지급되지 않았던 장애

2호에 대한 예시

보험계약 이후 질병으로 왼쪽과 오른쪽 눈의 교정시력이 0.06이하(지급률 50%에 해당)가 되더라도 질병으로 인한 장애는 이 특약에서 보장하지 않으므로 보험금을 지급하지 않습니다. 이후에 재해로 인해 두 눈이 멀게 되어 지급률이 100%에 해당된 경우에는 100%에서 과거 질병으로 인해 해당된 지급률(50%)을 차감한 50%에 해당하는 보험금을 지급합니다.

- ④ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별첨 2] 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑦ 제3조(보험금의 지급사유)에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표([별첨 2] 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
- ⑨ 제3조(보험금의 지급사유)에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표([별첨 2] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표([별첨 2] 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표([별첨 2] 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
- ⑫ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑬ 장해분류표([별첨 2] 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표([별첨 2] 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑭ 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.

[의료법 제3조(의료기관)]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의

료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1.의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 의원

나. 치과의원

다. 한의원

2.조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.

3.병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<항후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제5조 【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 해친 결과 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하는 때에는 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

[약관용어 설명]

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제6조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장해진단서, 사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 회사가 보험금 지급에 필요하여 요청하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 2] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유의 조사·확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가 지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 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.
- ⑤ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

제8조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 재해장해급여금의 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.

[약관용어 설명]

【보험금을 나누어 지급받는 경우 예시】
보험금을 일시에 받지 않고 3년동안 매년 나누어 지급(3회)받는 경우

- 보험금 : 9천만원
- 지급사유발생일자 : 2023년 7월 1일
- 평균공시이율 : 2.0% 가정

실제 지급일자	나누어 지급할 금액	연단위 복리로 계산한 총 지급금액
2023년 7월 1일	3천만원	3천만원
2024년 7월 1일	3천만원	3천만원×(1+평균공시이율 2.0%) = 30,600,000원
2025년 7월 1일	3천만원	3천만원×(1+평균공시이율 2.0%) ² = 31,212,000원
총액		91,812,000원

※ 평균공시이율 2.0%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 이 계약의 평균공시이율에 따라 계산됩니다.

제9조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서의 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제10조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3

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

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
- 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시) 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제10조(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.
- ⑥ 제19조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제12조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약에 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
- ③ 제2항 제3호의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제4항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과

보험료 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.
- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제13조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제14조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권

의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

[약관용어 설명]

- **보험수익자 변경 관련 설명** : 보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.
- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하“전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것

4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제16조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제17조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특

약의 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 특약을 해지하지 않습니다.

- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것

5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험입감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

- ① ~ ② (생략)
- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.
1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
 3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제19조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제20조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 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 회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제21조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

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

제21조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 2] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제22조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7 관 기타사항

제23조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
재해장해급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 장해분류표 ([별첨 2] 참조)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률

주) 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

[별표 2]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
재해장해급여금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

재해골절특약 | 무배당_H 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급사유 관련 용어

가. 재해: [별첨 1] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

2. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말합니다.

※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘재해골절’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘재해골절’은 재해를 직접적인 원인으로 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태에서 한국표준질병·사인분류 중 ‘재해골절 분류표(치아의 파절 제외)’([별표 2]참조)에서 정한 골절을 말합니다.
- ② 재해골절의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

【 의료법 제3조 및 제5조 】

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자

3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 재해골절 상태가 되었을 때 보험수익자에게 약정한 재해골절치료급여금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다. 다만, 치아의 파절(분류번호 S02.5)은 제외합니다.

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 재해를 직접적인 원인으로 두 가지 이상의 골절(복합골절)이 발생한 때에는 재해골절치료급여금은 1회만 지급하며, 의학 적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료급여금을 지급하지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제4조(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 지급사유에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조 【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 해친 결과 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하는 때에는 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

【약관용어 설명】

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(골절진단서, 장해진단서 등))
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 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 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는

[별표 3] ‘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 가 지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험 수익자에게 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(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험 수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

제9조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서의 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제10조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
- 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시) 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발

생에 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.
- ⑥ 제19조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 '계약 전 알릴사항'에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제12조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 - 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 - 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되

었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

③ 제2항 제3호 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 제4항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.
- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제13조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제14조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제15조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【 보험수익자 변경 관련 설명 】

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하“전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제16조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제5관 보험료의 납입

제17조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제18조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 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 확인

하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

- ① ~ ② (생략)
- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.
1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
 3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제19조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제20조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제20조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 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 ‘회사가 이 법을 위반한

- 사항을 증명하는 서류'를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
 - ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
 - ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제21조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 - ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

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

제21조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급

금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제20조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

[약관용어 설명]

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

제22조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항

제23조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
재해골절 치료급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 재해골절(치아파절 제외)이 발생한 때	골절발생 1회당 20만원

- 주) 1. 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절치료급여금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료급여금을 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

재해골절 분류표(치아의 파절 제외)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘재해골절(치아의 파절 제외)’으로 분류되는 항목은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026 .1.1 시행) 중 다음에 적은 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘재해골절(치아의 파절 제외)’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 항 목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 목의 골절	S12
3. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 어깨 및 위팔의 골절	S42
6. 아래팔의 골절	S52
7. 손목 및 손부위의 골절	S62
8. 대퇴골의 골절	S72
9. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
10. 발목을 제외한 발의 골절	S92
11. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
12. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
13. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
14. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
15. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘재해골절(치아의 파절 제외)’ 해당여부는 피보험자가 사고 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 사고 발생 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류번호가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 항목 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
재해골절치료급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 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 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

암생활지원특약 |갱신형,비갱신형,무배당_H 약관

[1형(간편가입형), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 1종(갱신형) 또는 2종(비갱신형) 중 계약자가 선택한 보종에 한하여 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율(갱신 계약의 경우 갱신시점의 이율)을 말합니다.

※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

2. 기간과 날짜 관련 용어

가. 암보장개시일

- (1) 1종(갱신형)

최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

- (2) 2종(비갱신형)

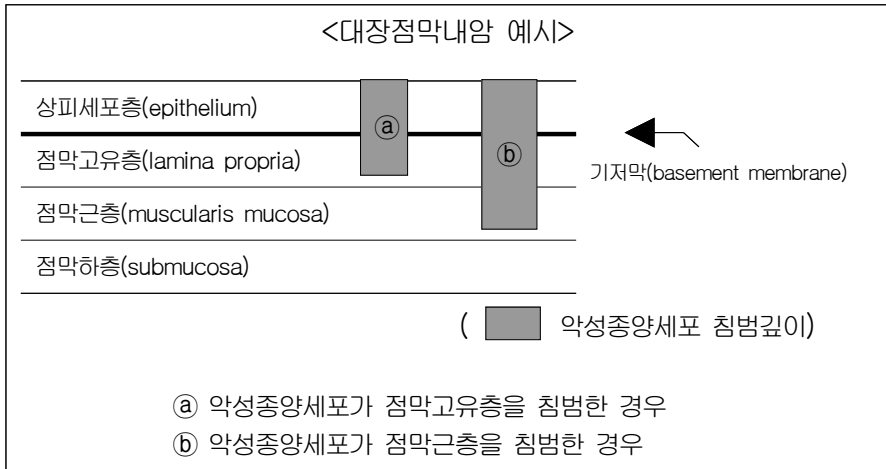
계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

나. 갱신일 : 1종(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암, 중증 이외의 갑상선암 및 대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말하고 아래에 해당하는 질병은 이 계약에 있어서 ‘암’에 해당하지 않습니다.
 1. 제2항에서 정의한 ‘기타피부암’
 2. 제4항에서 정의한 ‘중증 이외의 갑상선암’
 3. 제5항에서 정의한 ‘대장점막내암’
 4. 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 3] ‘기타 피부의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘중증 갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병 중 ‘수질성암(Medullary carcinoma)’ 또는 ‘역형성암(Anaplastic carcinoma)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘중증 이외의 갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병 중 ‘중증 갑상선암’을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 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.



- ⑥ 이 특약에서 ‘전립선암’은 제1항에서 정의한 ‘암’ 중 한국표준질병·사인분류 중 ‘전립선’의 악성 신생물(분류번호 C61)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에서 ‘일반암’은 제1항에서 정의한 ‘암’ 중 제6항에서 정의한 ‘전립선암’을 제외한 암을 말합니다.
- ⑧ ‘암(중증 갑상선암 제외)’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 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. ‘암(중증 갑상선암 제외)’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ ‘중증 갑상선암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. ‘중증 갑상선암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑩ 제8항 내지 제9항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암(중증 갑상선암 제외)’ 및 ‘중증 갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

■ 진단이 가능하지 않을 때 예시

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

[유 의 사 항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발 암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C44(기타 피부의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C44(기타 피부의 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.
- C61(전립선의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건의로 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

제4조 【보험금의 지급사유】

※ 이 특약은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항에 의하여 선택한 가입 조건에 따라 보장이 다릅니다. 자세한 보장내용은 [별표 1] ‘보험금 지급기준표’를 참고하시기 바랍니다.

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘일반암’으로 최초 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 ‘암완치생활자금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항 및 제3항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고 제4항은 같은조 같은 항의 2종(비갱신형)에 적용됩니다. 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 암보장개시일 이후에 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하였을 때에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 암완치생활자금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당보험금을 지급합니다.
- ④ 암보장개시일 이후에 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 암완치생활자금의 50%를 지급합니다.
- ⑤ 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘암완치생활자금’은 해당월에 지급해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 ‘암완치생활자금’의 지급해당일로 봅니다.
- ⑥ 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘암완치생활자금’ 수령 중 보험기간이 종료되더라도 ‘암완치생활자금’은 보험기간 만기와 관계없이 매월 지급해당일에 지급합니다.(12회확정지급형은 12회, 36회확정지급형은 36회 확정 지급)
- ⑦ 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘암완치생활자금’ 수령 중 피보험자가 사망한 경우라도 미지급된 해당 ‘암완치생활자금’을 매월 지급해당일에 지급합니다.

- ⑧ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 ‘일반암’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제8항에서 정한 방법으로 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘암완치생활자금’을 지급합니다. 다만, ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘일반암’으로 진단이 확정된 경우에는 ‘암완치생활자금’을 지급하지 않습니다.
- ⑨ 제8항에 의한 진단확정으로 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제5항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제7항에 의한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료가 있는 경우 제8항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제4조(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.

[의료법 제3조(의료기관)]

- ① 이 법에서 ‘의료기관’이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 ‘의료업’이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원

바. 종합병원

- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제6조 【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 해친 결과 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

【약관용어 설명】

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제7조 【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 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 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 của 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

【 보험금 지급일 예시 】

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

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가 지급제도(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 이내에 정합니다.
1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(대사기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 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 지급사유的 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제10항에 따라 보험금 지급에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가 지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임의 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제9조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 사망생활자금의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 보험료 산출시 적용한 이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

[약관용어 설명]

【보험금을 일시에 지급받는 경우 예시】

보험금을 3년동안 매년 동일한 금액으로 나누어 지급(3회)받지 않고 일시에 받는 경우

- 보험금 : 9천만원(매년 3천만원)
- 지급일 : 2023년 7월 1일
- 평균공시이율 : 2.0% 가정

지급사유 발생 일자	실제 지급일자	일시에 지급받는 경우 지급 금액
2023년 7월 1일	2023년 7월 1일	3천만원
2024년 7월 1일	2023년 7월 1일	3천만원÷(1+평균공시이율 2.0%) = 29,411,764원
2025년 7월 1일	2023년 7월 1일	3천만원÷(1+평균공시이율 2.0%) ² = 28,835,063원
총액	88,246,827원	

※ 평균공시이율 2.0%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 이 계약의 평균 공시이율에 따라 계산됩니다.

제10조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제11조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 「의료법」 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

【약관용어 설명】

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금

- 을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제11조(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.
 - ⑥ 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제4관 특약의 성립과 유지

제13조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다. 다만, 주계약이 갱신형일 경우에는 2종(비갱신형)을 선택할 수 없습니다.
 - 1. 1종(갱신형)
 - 2. 2종(비갱신형)
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 - 1. 주계약이 「간편가입형」인 경우, 이 특약의 1형(간편가입형)의 12회 확정지급형 또는 36회 확정지급형 중 선택할 수 있으며 동시 선택도 가능함
 - 2. 주계약이 「간편가입형Ⅱ」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)의 12회 확정지급형 또는 36회 확정지급형 중 선택할 수 있으며 동시 선택도 가능함

3. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 3형(일반가입형)의 12회 확정지급형 또는 36회 확정지급형 중 선택할 수 있으며 동시 선택도 가능함
- ④ 제1항 내지 제3항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초 계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
 4. 피보험자에게 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘암완치생활자금’의 지급사유가 발생한 경우
- ⑥ 제5항의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.
- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제14조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우
3. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험

가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(다만, 1형(간편가입형) 또는 2형(간편가입형 II) 가입시에 한함)

제15조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제1항 및 제3항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 ‘일반암’에 대한 보장개시일은 ‘암보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장합니다.

제16조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【 보험수익자 변경 관련 설명 】

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해

지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제18조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 약관 제13조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와

연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.

- ⑪ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제19조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제18조(특약의 갱신) 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제20조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제21조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각

호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

① ~ ② (생략)

③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제22조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제23조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

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

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<항후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제24조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘산출방법서’에 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 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

- ④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제7 관 기타사항

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

○ 1종(갱신형)

▪ 12회 확정지급형

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암완치 생활자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘일반암’으로 최초 진단 확정되었을 때 (‘일반암’ 진단확정은 최초 1회에 한함)	매월 100만원씩 12회 확정지급 (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

▪ 36회 확정지급형

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암완치 생활자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘일반암’으로 최초 진단 확정되었을 때 (‘일반암’ 진단확정은 최초 1회에 한함)	매월 100만원씩 36회 확정지급 (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

[공동 주식사항]

- 주) 1. 암보장개시일 이후에 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 ‘일반암’에 대한 보험금 진단자금 지급사유가 발생하였을 때에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 ‘암완치생활자금’의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우는 감액하지 않고 해당보험금을 지급합니다.
2. 이 특약에서 ‘일반암’이란 ‘암’(기타피부암, 중증 이외의 갑상선암 및 대장점막내암 제외)에서 ‘전립선암’을 제외한 암을 말합니다.
3. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
4. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되

- 어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
5. 피보험자가 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 ‘일반암’ 진단확정일 이전에 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하며, 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.
 6. ‘암완치생활자금’의 경우 해당 보험금 지급사유 발생시부터 ‘암완치생활자금’ 지급사유 해당일에 12회확정지급형은 12회, 36회확정지급형은 36회 확정 지급됩니다. 다만, 해당 월에 ‘암완치생활자금’ 지급해당일이 없는 경우 해당 월의 마지막 날을 ‘암완치생활자금’의 지급해당일로 봅니다.
 7. 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘암완치생활자금’ 수령 중 보험기간이 종료되더라도 ‘암완치생활자금’은 보험기간 만기와 관계없이 매월 지급해당일에 지급합니다.(12회확정지급형은 12회, 36회확정지급형은 36회 확정 지급)
 8. 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘암완치생활자금’ 수령 중 피보험자가 사망한 경우라도 미지급된 해당 ‘암완치생활자금’을 매월 지급해당일에 지급합니다.
 9. ‘암완치생활자금’을 일시에 지급하는 경우에는 보험료 산출시 적용한 이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

○ 2종(비갱신형)

▪ 12회 확정지급형

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

금 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암완치 생활자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개 시일 이후에 ‘일반암’으로 최초 진단 확정되었을 때 (‘일반암’ 진단확정은 최초 1회에 한함)	매월 100만원씩 12회 확정지급 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

■ 36회 확정지급형

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암완치 생활자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개 시일 이후에 ‘일반암’으로 최초 진단 확정되었을 때 (‘일반암’ 진단확정은 최초 1회에 한함)	매월 100만원씩 36회 확정지급 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

[공동 주석사항]

- 주) 1. 암보장개시일 이후에 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 ‘일반암’에 대한 보험금 진단자금 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 ‘암완치생활자금’의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약에서 ‘일반암’이란 ‘암’(기타피부암, 중증 이외의 갑상선암 및 대장점막내암 제외)에서 ‘전립선암’을 제외한 암을 말합니다.
3. 이 특약의 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
4. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
5. 피보험자가 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 ‘일반암’ 진단확정일 이전에 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하며, 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.
6. ‘암완치생활자금’의 경우 해당 보험금 지급사유 발생시부터 ‘암완치생활자금’ 지급사유 해당일에 12회확정지급형은 12회, 36회확정지급형은 36회 확정 지급됩니다. 다만, 해당 월에 ‘암완치생활자금’ 지급해당일이 없는 경우 해당 월의 마지막 날을 ‘암완치생활자금’의 지급해당일로 봅니다.
7. 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘암완치생활자금’ 수령 중 보험기간이 종료되더라도 ‘암완치생활자금’은 보험기간 만기와 관계없이 매월 지급해당일에 지급합니다.(12회확정지급형은 12회, 36회확정지급형은 36회 확정 지급)
8. 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘암완치생활자금’ 수령 중 피보험자가 사망한 경우라도 미지급된 해당 ‘암완치생활자금’을 매월 지급해당일에 지급합니다.
9. ‘암완치생활자금’을 일시에 지급하는 경우에는 보험료 산출시 적용한 이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

[별표 2]

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암, 중증 이외의 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26 ^{주3)}
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. 갑상선의 악성신생물	C73 ^{주4)}
13. 부신의 악성신생물	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 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 골수증식 질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정조직과 지침’에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
3. ‘소화기관의 악성신생물(C15~C26)’의 경우 이 계약 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

제5항에서 정한 ‘대장점막내암’은 ‘암’에서 제외됩니다.
4. ‘갑상선의 악성신생물(C73)’의 경우 이 특약 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 ‘중증 이외의 갑상선암’은 ‘암’에서 제외됩니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘기타피부암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

- 주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 4]

갑상선의 악성신생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘갑상선암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

- 주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	적립기간		적립이율
제1회 암완치생활자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제2회이후 암완치생활자금 (제4조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(단, 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일(단, 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이후	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간		-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

뇌졸중생활지원특약 | 갱신형, 비갱신형, 무배당_H 약관

[1형(간편가입형), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 1종(갱신형) 또는 2종(비갱신형) 중 계약자가 선택한 보종에 한하여 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율(갱신 계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
2. 갱신일 : 1종(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘뇌졸중’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘뇌졸중’은 ‘뇌출혈(분류번호 160~162)’과 ‘뇌경색증(분류번호 163)’을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘뇌졸중’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘뇌졸중 분류표’에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

다.

- ③ ‘뇌졸중’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사 또는 한의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **전산화단층촬영(CT scan, Computed Tomography scan)** : 시티 스캐너를 이용한 컴퓨터 단층 촬영법. 엑스선이나 초음파를 여러 각도에서 비추어, 투영된 인체 내부 영상을 컴퓨터로 해석하여 화상으로 처리한 뒤 단면의 모습을 재생함으로써 종양 따위를 검출하여 내는 촬영기술
- **자기공명영상(MRI, Magnetic Resonance Imaging)** : 핵자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
- **뇌혈관조영술** : 뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위하여 말초혈관을 통하여 조영제(X-선에 반응하여 희게 촬영되는 물질)를 뇌혈관에 주입하여 X-선으로 촬영하는 기술
- **양전자 방출 단층 촬영(PET, Positron Emission Tomography)** : 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
- **단일광자방출 전산화단층술(SPECT, Single Photon Emission Computed Tomography)** : γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
- **뇌척수액검사** : 뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상유무를 알아보는 것

[의료법 제3조 및 제5조]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

- 1.의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 - 2.조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 - 3.병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는

전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌졸중’으로 진단이 확정되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 ‘뇌졸중완치생활자금’([별표1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다 (다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다).

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항 및 제3항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고 제4항은 같은조 같은 항의 2종(비갱신형)에 적용됩니다. 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ④ 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

- ⑤ 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘뇌졸중완치생활자금’은 해당월에 지급해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 ‘뇌졸중완치생활자금’의 지급해당일로 봅니다.
- ⑥ 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘뇌졸중완치생활자금’ 수령 중 보험기간이 종료되더라도 ‘뇌졸중완치생활자금’은 보험기간 만기와 관계없이 매월 지급해당일에 지급합니다.(12회 확정 지급)
- ⑦ 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘뇌졸중완치생활자금’ 수령 중 피보험자가 사망한 경우라도 미지급된 해당 ‘뇌졸중완치생활자금’을 매월 지급해당일에 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 ‘뇌졸중’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 제3조(‘뇌졸중’의 정의 및 진단 확정) 제3항 단서에서 정한 방법으로 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘뇌졸중완치생활자금’을 지급합니다.
- ⑨ 제8항에 의한 진단확정으로 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제5항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제7항에 의한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료가 있는 경우 제4항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제4조(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.

제6조 【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 해친 결과 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

[약관용어 설명]

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 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 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 của 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가 지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당

하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에 정합니다.

1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 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. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제10항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제9조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 뇌졸중완치생활자금의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 보험료 산출시

적용한 이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

[약관용어 설명]

[보험금을 일시에 지급받는 경우 예시]

보험금을 3년동안 매년 동일한 금액으로 나누어 지급(3회)받지 않고 일시에 받는 경우

- 보험금 : 9천만원(매년 3천만원)
- 지급일 : 2023년 7월 1일
- 평균공시이율 : 2.0% 가정

지급사유 발생 일자	실제 지급일자	일시에 지급받는 경우 지급 금액
2023년 7월 1일	2023년 7월 1일	3천만원
2024년 7월 1일	2023년 7월 1일	$3\text{천만원} \div (1 + \text{평균공시이율 } 2.0\%) = 29,411,764\text{원}$
2025년 7월 1일	2023년 7월 1일	$3\text{천만원} \div (1 + \text{평균공시이율 } 2.0\%)^2 = 28,835,063\text{원}$
총액	88,246,827원	

※ 평균공시이율 2.0%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 이 계약의 평균 공시이율에 따라 계산됩니다.

제10조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제11조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서

등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제11조(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.
- ⑥ 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.
- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제13조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다. 다만, 주계약이 갱신행일 경우에는 2종(비갱신행)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신행)
 2. 2종(비갱신행)
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「간편가입형」인 경우, 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
 3. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능
- ④ 제1항 내지 제3항에 따라 1종(갱신행)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초 계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신행계약’이라 합니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
 4. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ⑥ 제5항 제3호 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 :

가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **실종신고** : 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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약채결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.
- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

민법 제27조(실종의 신고)

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

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제14조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료

(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(다만, 1형(간편가입형) 또는 2형(간편가입형 II) 가입시에 한함)

제15조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제1항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제16조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【 보험수익자 변경 관련 설명 】

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도

제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제18조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 100세만기로 최종 갱신된 경우
 2. 약관 제13조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자

에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제19조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제18조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제20조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제21조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포

함합니다)

- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 - 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 - 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 - 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 - 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 - 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

- ① ~ ② (생략)
- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.
 - 1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 - 2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명 장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
 - 3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것

4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제22조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립

니다.

제23조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

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

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제24조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘산출방법서’에 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 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

○ 1종(갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌졸중 완치생활자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌졸중’ 으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	매월 100만원씩 12회 확정지급 (다만, 최초 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 최초계약의 계약일부터 1년이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 이 특약에서 보장하는 ‘뇌졸중(분류코드 I60 ~ I63)’은 뇌출혈(분류코드 I60 ~ I62) 및 ‘뇌경색증(분류코드 I63)’으로 최초 1회만 보장합니다.
3. 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
4. 피보험자가 사망한 경우 뇌졸중으로 진단이 확정되지 않은 상태에서 의심되거나 추정적인 진단만으로는 보장하지 않습니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌졸중’ 진단확정일 이전에 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하며, 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.
6. ‘뇌졸중완치생활자금’의 경우 해당 보험금 지급사유 발생시부터 ‘뇌졸중완치생활자금’ 지급사유 해당일에 12회 확정 지급됩니다. 다만, 해당 월에 ‘뇌졸중완치생활자금’ 지급해당일이 없는 경우 해당 월의 마지막 날을 ‘뇌졸중완치생활자금’의 지급해당일로 봅니다.
7. 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘뇌졸중완치생활자금’ 수령 중 보험기간이 종료되더라도 ‘뇌졸중완치생활자금’은 보험기간 만기와 관계없이 매월 지급해당일에 지급합니다.(12회 확정 지급)
8. 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘뇌졸중완치생활자금’ 수령 중 피보험자가 사망한 경우라도 미지급된 해당 ‘뇌졸중완치생활자금’을 매월 지급해당일에 지급합니다.
9. ‘뇌졸중완치생활자금’을 일시에 지급하는 경우에는 보험료 산출시 적용한 이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌졸중 완치생활자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌졸중’ 으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	매월 100만원씩 12회 확정지급 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약에서 보장하는 ‘뇌졸중(분류코드 I60 ~ I63)’은 뇌출혈(분류코드 I60 ~ I62) 및 ‘뇌경색증(분류코드 I63)’으로 최초 1회만 보장합니다.
3. 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
4. 피보험자가 사망한 경우 뇌졸중으로 진단이 확정되지 않은 상태에서 의심되거나 추정적인 진단만으로는 보장하지 않습니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌졸중’ 진단확정일 이전에 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하며, 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.
6. ‘뇌졸중완치생활자금’의 경우 해당 보험금 지급사유 발생시부터 ‘뇌졸중완치생활자금’ 지급사유 해당일에 12회 확정 지급됩니다. 다만, 해당 월에 ‘뇌졸중완치생활자금’ 지급해당일이 없는 경우 해당 월의 마지막 날을 ‘뇌졸중완치생활자금’의 지급해당일로 봅니다.
7. 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘뇌졸중완치생활자금’ 수령 중 보험기간이 종료되더라도 ‘뇌졸중완치생활자금’은 보험기간 만기와 관계없이 매월 지급해당일에 지급합니다.(12회 확정 지급)
8. 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘뇌졸중완치생활자금’ 수령 중 피보험자가 사망한 경우라도 미지급된 해당 ‘뇌졸중완치생활자금’을 매월 지급해당일에 지급합니다.
9. ‘뇌졸중완치생활자금’을 일시에 지급하는 경우에는 보험료 산출시 적용한 이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

[별표 2]

뇌졸중 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘뇌졸중’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘뇌졸중’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명			분 류 번 호
뇌졸중	뇌출혈	거미막하출혈	I60
		뇌내출혈	I61
		기타 비외상성 두개내출혈	I62
	뇌경색증		I63

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘뇌졸중’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	적립기간		적립이율
제1회 뇌졸중 완치생활자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제2회 이후 뇌졸중 완치생활자금 (제4조)	지급사유가 발생 한 날의 다음 날 부터 청구일까지 의 기간	보험기간 만기일(단, 효력 이 없게 된 경우에는 효력 이 없게 된 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일(단, 효력 이 없게 된 경우에는 효력 이 없게 된 날) 이후	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까 지의 기간		-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 ‘청구일’은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

급성심근경색증생활지원특약 | 갱신행, 비갱신행, 무배당_H 약관

[1형(간편가입형), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 1종(갱신행) 또는 2종(비갱신행) 중 계약자가 선택한 보종에 한하여 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율(갱신 계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
2. 갱신일 : 1종(갱신행)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘급성심근경색증’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘급성심근경색증’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘급성심근경색증 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘급성심근경색증’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의

사 면허)에 규정한 해당분야의 의사 또는 한의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 ‘급성심근경색증’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 ‘급성심근경색증’으로 확정되거나 추정되는 경우

[약관용어 설명]

- **심전도(electrocardiogram : EKG, ECG)** : 심박동과 관련되어 나타나는 전위변화를 나타내는 심장의 전기적 그림을 말함
- **심장초음파(echocardiography : echo)** : 심장에 초음파를 보내어 되돌아오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상에 나타내는 것으로 심장의 형태, 움직임에 관한 내용을 파악할 수 있음
- **혈액중심장효소검사** : 혈액 내 포함되어 있는 효소의 수치를 이용하여 급성심근경색 손상을 확인하는 효소검사
- **핵의학검사** : 동위 원소를 이용하는 의학분야의 검사로, 대개의 경우는 방사선 동위원소를 사용하고 거기서 나오는 방사능을 조사함으로써 그 원소의 위치를 조사해 장기의 형태, 장기의 기능, 물질대사가 되는 것 등을 조사하는 진단학과 그 방사능을 이용해서 치료하는 치료방법들을 말함(ex : PET검사, 골주사검사 등)

[의료법 제3조 및 제5조]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원

- 2.조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
- 3.병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는

전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<항후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘급성심근경색증’으로 진단이 확정되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 ‘급성심근경색증완치생활자금’([별표1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다).

제5조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항 및 제3항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고 제4항은 같은조 같은 항의 2종(비갱신형)에 적용됩니다. 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ④ 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
- ⑤ 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘급성심근경색증완치생활자금’은 해당월에 지급 해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 ‘급성심근경색증완치생활자금’의 지급해당일로 봅니다.

- ⑥ 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘급성심근경색증완치생활자금’ 수령 중 보험기간이 종료 되더라도 ‘급성심근경색증완치생활자금’은 보험기간 만기와 관계없이 매월 지급해당일에 지급합니다.(12회 확정 지급)
- ⑦ 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘급성심근경색증완치생활자금’ 수령 중 피보험자가 사망한 경우라도 미지급된 해당 ‘급성심근경색증완치생활자금’을 매월 지급해당일에 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 ‘급성심근경색증’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 제3조(‘급성심근경색증’의 정의 및 진단 확정) 제2항 단서에서 정한 방법으로 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘급성심근경색증완치생활자금’을 지급합니다.
- ⑨ 제8항에 의한 진단확정으로 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제5항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제7항에 의한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료가 있는 경우 제8항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제4조(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.

제6조 【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 해친 결과 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

[약관용어 설명]

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 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 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 지급제도(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 이내에 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 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. 제5조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제10항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제9조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 급성심근경색증생존치생활자금의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 보험료 산출시

적용한 이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

[약관용어 설명]

[보험금을 일시에 지급받는 경우 예시]

보험금을 3년동안 매년 동일한 금액으로 나누어 지급(3회)받지 않고 일시에 받는 경우

- 보험금 : 9천만원(매년 3천만원)
- 지급일 : 2023년 7월 1일
- 평균공시이율 : 2.0% 가정

지급사유 발생 일자	실제 지급일자	일시에 지급받는 경우 지급 금액
2023년 7월 1일	2023년 7월 1일	3천만원
2024년 7월 1일	2023년 7월 1일	$3\text{천만원} \div (1 + \text{평균공시이율 } 2.0\%) = 29,411,764\text{원}$
2025년 7월 1일	2023년 7월 1일	$3\text{천만원} \div (1 + \text{평균공시이율 } 2.0\%)^2 = 28,835,063\text{원}$
총액	88,246,827원	

※ 평균공시이율 2.0%는 예시를 위한 이율이며, 실제 지급 금액은 이 계약의 평균 공시이율에 따라 계산됩니다.

제10조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제11조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때다만, 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제11조(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.
- ⑥ 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.
- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제13조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다. 다만, 주계약이 갱신허일 경우에는 2종(비갱신허)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신허)
 2. 2종(비갱신허)
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「간편가입형」인 경우, 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
 3. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능
- ④ 제1항 내지 제3항에 따라 1종(갱신허)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초 계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신허계약’이라 합니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
 4. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ⑥ 제5항 제3호 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 :

가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.
- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<항후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제14조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다

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

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(다만, 1형(간편가입형) 또는 2형(간편가입형 II) 가입시에 한함)

제15조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제1항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제16조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제17조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【 보험수익자 변경 관련 설명 】

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하

지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제18조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제21조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 약관 제13조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상

안내하여 드립니다.

- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제5조(보험금 등 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제19조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제18조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제20조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제21조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포

함합니다)

- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 - 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 - 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 - 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 - 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 - 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

- ① ~ ② (생략)
- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.
 - 1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 - 2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명 장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
 - 3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것

4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제22조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립

니다.

제23조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

【 약관용어 설명 】

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

제24조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘산출방법서’에 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 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제 7 관 기 타 사 항

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

○ 1종(갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급성심근경색증 완치생활자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘급성 심근경색증’으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	매월 100만원씩 12회 확정지급 (다만, 최초 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 최초계약의 계약일부터 1년이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 피보험자가 사망한 경우 급성심근경색증으로 진단이 확정되지 않은 상태에서 의심되거나 추정적인 진단만으로는 보장하지 않습니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘급성심근경색증’ 진단확정일 이전에 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하며, 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.
4. ‘급성심근경색증완치생활자금’의 경우 해당 보험금 지급사유 발생시부터 ‘급성심근경색증완치생활자금’ 지급사유 해당일에 12회 확정 지급됩니다. 다만, 해당 월에 ‘급성심근경색증완치생활자금’ 지급해당일이 없는 경우 해당 월의 마지막 날을 ‘급성심근경색증완치생활자금’의 지급해당일로 봅니다.
5. 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘급성심근경색증완치생활자금’ 수령 중 보험기간이 종료되더라도 ‘급성심근경색증완치생활자금’은 보험기간 만기와 관계없이 매월 지급해당일에 지급합니다.(12회 확정 지급)
6. 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘급성심근경색증완치생활자금’ 수령 중 피보험자가 사망한 경우라도 미지급된 해당 ‘급성심근경색증완치생활자금’을 매월 지급해당일에 지급합니다.
7. ‘급성심근경색증완치생활자금’을 일시에 지급하는 경우에는 보험료 산출시 적용한 이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급성심근경색증 완치생활자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘급성 심근경색증’으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	매월 100만원씩 12회 확정지급 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
2. 피보험자가 사망한 경우 급성심근경색증으로 진단이 확정되지 않은 상태에서 의심되거나 추정적인 진단만으로는 보장하지 않습니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘급성심근경색증’ 진단확정일 이전에 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하며, 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.
4. ‘급성심근경색증완치생활자금’의 경우 해당 보험금 지급사유 발생시부터 ‘급성심근경색증완치생활자금’ 지급사유 해당일에 12회 확정 지급됩니다. 다만, 해당 월에 ‘급성심근경색증완치생활자금’ 지급해당일이 없는 경우 해당 월의 마지막 날을 ‘급성심근경색증완치생활자금’의 지급해당일로 봅니다.
5. 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘급성심근경색증완치생활자금’ 수령 중 보험기간이 종료되더라도 ‘급성심근경색증완치생활자금’은 보험기간 만기와 관계없이 매월 지급해당일에 지급합니다.(12회 확정 지급)
6. 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘급성심근경색증완치생활자금’ 수령 중 피보험자가 사망한 경우라도 미지급된 해당 ‘급성심근경색증완치생활자금’을 매월 지급해당일에 지급합니다.
7. ‘급성심근경색증완치생활자금’을 일시에 지급하는 경우에는 보험료 산출시 적용한 이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

[별표 2]

급성심근경색증 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘급성심근경색증’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘급성심근경색증’ 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병명	분류번호
급성 심근경색증	I21
후속 심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘급성심근경색증’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	적립기간		적립이율
제1회 급성심근경색증 완치생활자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제2회이후 급성심근경색증 완치생활자금 (제4조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(단, 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일(단, 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이후	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간		-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

플러스입원특약 |갱신형,비갱신형,무배당_H 약관

[1형(간편가입형Ⅰ), 2형(간편가입형Ⅱ), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 1종(갱신형) 또는 2종(비갱신형) 중 계약자가 선택한 보종에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급사유 관련 용어

가. 질병 또는 재해 : [별표 2] 질병 및 재해분류표에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.

나. 재해 : [별첨 1] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

2. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율(갱신 계약의 경우 갱신시점의 이율)을 말합니다.

※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

3. 갱신일 : 1종(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘입원’의 정의와 장소】

이 특약에서 ‘입원’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘[별표 2] 질병 및 재해분류표’에서 정한 ‘질병 및 재해’로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

[약관용어 설명]

- ‘**치료를 직접목적으로**’란 피보험자가 해당 질환을 제거하거나 해당 질환의 증식을 억제하기 위한 치료로 한정되는 것이 아니라, 해당 질환 또는 질환의 성장으로 인하여 직접 발현되는 중대한 병적 증상을 호전시키기 위한 치료까지는 포함하지만, 해당 질환이나 해당 질환 치료로 인해 발생한 후유증을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 것은 포함하지 않습니다.
(대법원 2010.9.30. 선고 2010다40543 판결)

[의료법 제3조 및 제5조]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자

2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자

3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 입원급여금([별표 1]‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

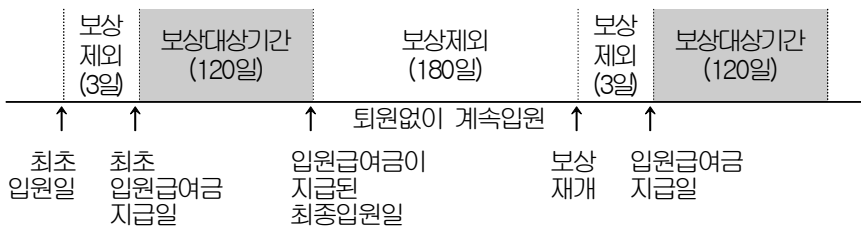
※ 아래 제2항 및 제3항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항의 1종(갱신형)에 적용되고 제4항은 같은 조 같은 항의 2종(비갱신형)에 적용됩니다. 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%[최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 입원급여금이 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 입원급여금은 100%를 지급]을 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ④ 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50% [계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 입원급여금이 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 입원급여금은 100%를 지급]을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑥ 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다. 다만, 1종(갱신형)의 경우 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고 한도로 하여 계산함

니다.

- ⑦ 피보험자가 동일한 질병 및 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제5항 및 제6항을 적용합니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 질병 및 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



- ⑨ 피보험자가 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 종료당시 현재 입원중인 입원기간에 대하여는 제5항에 따라 입원급여금을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사, 치과의사 또는 한의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

[입원기간 중 정당한 이유 없이 의사 등의 지시에 따르지 않는 사례]

피보험자가 입원기간 중 의사가 금지하는 음식물을 섭취하거나 의사의 지시에 따르지 않고 외출 등이 있는 경우

- ⑪ 피보험자가 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원급여금을 지급합니다.
- ⑫ 보험수익자와 회사가 제4조(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.

제6조 【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 해친 결과 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

[약관용어 설명]

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제7조 【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입·퇴원확인서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 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 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 3] ‘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 가 지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험 수익자에게 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(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 - 3. 수사기관의 조사
 - 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험 수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 - 6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제12항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제9조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제10조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장 개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전

알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제10조(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.
- ⑥ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.
- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

제4관 특약의 성립과 유지

제12조 【특약의 성립 및 소멸】

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

루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.

- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다. 다만, 주계약이 갱신형일 경우에는 2종(비갱신형)을 선택할 수 없습니다.

1. 1종(갱신형)
2. 2종(비갱신형)

- ③ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.

1. 주계약이 간편가입형인 경우 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
3. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능

- ④ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 계약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 계약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.

- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우

다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

- ⑥ 제5항 제3호 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

- ⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ⑧ 제7항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제

출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **실종신고** : 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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.
- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

민법 제27조(실종의 신고)

- 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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제13조 【특약의 무효】

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

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우

에는 유효한 특약으로 봅니다.

2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(다만, 1형(간편가입형) 또는 2형(간편가입형 II) 가입시에 한함)

[약관용어 설명]

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

제14조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제1항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제15조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[보험수익자 변경 관련 설명]

- **보험수익자 변경 관련 설명** : 보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하

지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하“전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제17조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 제12조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관

등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제18조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 20년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내

용을 포함합니다)

- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

① ~ ② (생략)

- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.
1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
 3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는

기능을 갖출 것

4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약을 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제22조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 「민법」 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사방법 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<항후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

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

제23조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

[약관용어 설명]

- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기 타 사 항

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

- 1종(갱 신 형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	3일초과 입원일수 1일당 1만원

- 주) 1. 최초계약의 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 재해 이외의 원인으로 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%[최초계약의 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 재해 이외의 원인으로 입원급여금이 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 입원급여금은 100%를 지급]을 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액 하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고 한도로 하여 계산합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 2종(비 갱 신 형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	3일초과 입원일수 1일당 1만원

- 주) 1. 계약일부터 '1년이 지난 계약 해당일 전일' 이전에 재해 이외의 원인으로 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%[계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 재해 이외의 원인으로 입원급여금이 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 입원급여금은 100%를 지급]을 지급합니다.
2. 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자에게 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

질병 및 재해분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병사인분류 상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

[감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 (정의)]

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다.
다만, 갑작스러운 국내 유행 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
가. 에볼라바이러스병 나. 마버그열 다. 라싸열
라. 크리미안콩고출혈열 마. 남아메리카출혈열 바. 리프트밸리열
사. 두창 아. 페스트 자. 탄저
차. 보툴리눔독소증 카. 야토병 타. 신종감염병증후군
파. 중증급성호흡기증후군(SARS) 하. 중동호흡기증후군(MERS)
거. 동물인플루엔자 인체감염증 너. 신종인플루엔자 더. 디프테리아
3. (생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(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 치의보험 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

우

⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

- ※ ()안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’ 해당 여부를 판단합니다. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’ 해당여부는 피보험자가 진단(사고 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 진단(사고 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’ 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ※ 위 ‘1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해 ②’에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

[별표 3]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
입원급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

플러스수술특약 |갱신형,비갱신,무배당_H 약관

[1형(간편가입형 I), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 1종(갱신형) 또는 2종(비갱신형) 중 계약자가 선택한 보중에 한하여 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 재해 : [별첨 1] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율(갱신 계약의 경우 갱신시점의 이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
3. 갱신일 : 1종(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘수술’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리 하에 [별표 2] ‘1~5종 수술분류표’에서 정한 수술을 직접목적으로 기구를 사용하여 생

체(살아있는 사람의 몸)에 절단(특정부위를 잘라 내는 것), 절제(특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

[의료법 제3조 및 제5조]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자

- 2.평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
- 3.보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ② 제1항에서 ‘수술’은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경 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’에 포함되지 않습니다.

[약관용어 설명]

- **신의료기술평가위원회** : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구
- **신경 BLOCK** : 지각신경이나 자율신경에 국소마취제나 신경파괴제를 주입하여 신경경로의 일부를 차단하는 방법으로 수술시 마취나 통증의 치료, 혈액순환 개선 등에 사용하는 것

[의료법 제54조]

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 [별표 2] '1~5종 수술 분류표'에서 정한 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 약정한 '1~5종 수술자금'([별표 1] '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(수술 1회당)

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항 및 제3항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항의 1종(갱신형)에 적용되고 제4항은 같은 조 같은 항의 2종(비갱신형)에 적용됩니다. 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)의 보험료 납

입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ④ 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
- ⑤ 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 ‘1~5종 수술자금’을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료 목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 ‘1~5종 수술자금’을 지급합니다.
- ⑥ 제5항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제4조(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.

제6조 【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 해친 결과 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

[약관용어 설명]

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(수술확인서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 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 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 của 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가치

급제도(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(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 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. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제9조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제10조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【약관용어 설명】

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강 진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
- 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기 우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
 - ④ 제10조(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.
 - ⑥ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.
- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

제4 관 특약의 성립과 유지

제12조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다. 다만, 주계약이 갱신형일 경우에는 2종(비갱신형)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신형)
 2. 2종(비갱신형)
- ③ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 간편가입형인 경우 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형II인 경우 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
 3. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 계약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 계약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우

다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

⑥ 제5항 제3호 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제7항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.
- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제13조 【특약의 무효】

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

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 원하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(다만, 1형(간편가입형) 또는 2형(간편가입형 II) 가입시에 한함)

【약관용어 설명】

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

제14조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제1항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제15조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【 보험수익자 변경 관련 설명 】

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하“전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것

3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제17조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우

2. 제12조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
 - ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
 - ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
 - ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 - 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 - 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 - 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
 - ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
 - ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
 - ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
 - ⑪ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
 - ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제18조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 20년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4~36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에

- 다른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

- ① ~ ② (생략)
- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.
 1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품 설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
 3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특

약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제22조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 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 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 「민법」 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

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

제23조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘산출방법서’에 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 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7관 기타사항

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

- 1종(갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
1~5종 수술자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '1~5종 수술 분류표'에서 정한 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종, 2종 : 20만원 3종 : 50만원 4종 : 100만원 5종 : 200만원

- 주) 1. 최초계약의 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 재해 이외의 원인으로 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 '1~5종수술자금'을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료 목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 '1~5종수술자금'을 지급합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
1~5종 수술자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '1~5종 수술 분류표'에서 정한 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종, 2종 : 20만원 3종 : 50만원 4종 : 100만원 5종 : 200만원

- 주) 1. 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 재해 이외의 원인으로 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
2. 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액

- 에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 ‘1~5종수술자금’을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료 목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 ‘1~5종수술자금’을 지급합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

[별표 2]

1~5종 수술 분류표

1. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3종
	2. 피부이식수술(25cm ² 미만인 경우)	1종
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3종
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이 내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술 보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가 능합니다.]	1종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨) 의 처치, 임플란트(Impla- nt) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2종
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下 顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3종
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈 수술	2종
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	1종
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3종
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절 의 이단(離斷)에 수반하는것]	3종
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1종
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2종
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靱帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1종

구분	수술명	수술종류
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3종
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1종
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3종
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3종
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락 발가락 혈관관혈수술	1종
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4종
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5종
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3종
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3종
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2종
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1종
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	35. 간장(肝臟), 췌장(脾臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3종
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술 은 제외함)	5종

구분	수술명	수술종류
소화기계의 수술	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2종
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1종
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈 수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4종
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절 수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4종
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	47. 방광류·요실금 교정수술	1종
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5종
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3종
	50. 고환(辜丸), 부고환(副辜丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭 (精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2종
	51. 음낭관혈수술	1종
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2종
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수 술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1종
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
내분비기계의 수술	55. 질탈(腔脫)근본수술	1종
	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5종
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3종
	58. 부신(副腎) 절제수술	4종

구분	수술명	수술종류
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	60. 신경(神經) 관혈수술	2종
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4종
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1종
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관투브삽입술 포함)	1종
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2종
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2종
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1종
	68. 각막, 공막 이식수술	2종
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2종
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수 술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2종
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수 술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1종
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수 술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2종
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3종
	76. 안와내양절제수술	3종
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1종
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1종

구분	수술명	수술종류
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2종
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2종
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2종
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1종
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3종
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2종
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)-고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3종
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2종
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1종

주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다.
다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5종
1-1. 기타피부암(C44)	3종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3종

- 주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 ‘I. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술’ 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
 - 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

III. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3종
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3종

- 주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리 하에 <1~5종 수술분류표>에 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <1~5종 수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<1~5종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

- 1) 1~5종 수술분류표상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 1~5종 수술분류표상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
- 2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 88항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife: 선형가속기에서 발생하는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로써 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술비 지급대상에서 보장을 제외합니다.
- 1) 미용 성형상의 수술
 - 2) 피임(避妊) 목적의 수술
 - 3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - 4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

[별표 3]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
1~5종 수술자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

플러스암직접치료비특약 |갱신형,비갱신형,무배당_H 약관 [1형(간편가입형), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

이 특약은 1종(갱신형) 또는 2종(비갱신형) 중 계약자가 선택한 보종에 한하여 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율(갱신 계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.

※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

2. 기간과 날짜 관련 용어

가. 암보장개시일

- (1) 1종(갱신형)

최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

- (2) 2종(비갱신형)

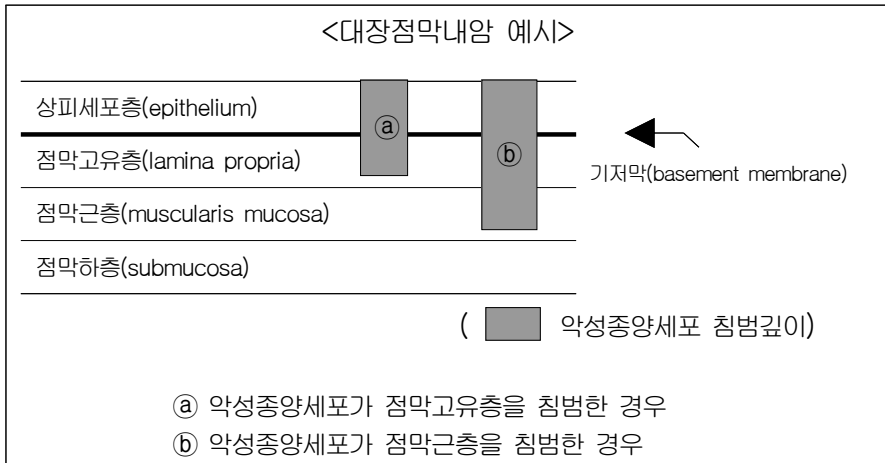
계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

나. 갱신일 : 1종(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] 대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)에서 정한 질병을 말하고 ‘기타피부의 악성신생물(분류번호 C44)’, ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’, 제4항에서 정한 ‘대장점막내암’ 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 ‘암’에 포함되지 않습니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 3] ‘기타 피부의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 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.



- ⑤ ‘암’ 및 ‘기타피부암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 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. ‘암’ 및 ‘기타피부암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑥ ‘갑상선암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. ‘갑상선암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑦ ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 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. ‘대장점막내암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제5항 내지 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

■ 진단이 가능하지 않을 때 예시

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

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C44(기타 피부의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및

상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C44(기타 피부의 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.
- C61(전립선의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

제4조 【‘제자리암’, ‘경계성종양’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘제자리암’은 한국표준질병·사인분류 중 ‘[별표 5] 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘경계성종양’은 한국표준질병·사인분류 중 ‘[별표 6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 진단 확정은 병리 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. ‘제자리암’ 및 ‘경계성종양’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘제자리암’ 및 ‘경계성종양’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

■ 진단이 가능하지 않을 때 예시

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

제5조 【‘수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘수술’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 및 ‘경계성종양’의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리 하에 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 및 ‘경계성종양’으로 인한 치료를 직접목적으로 기구를 사용하여 생체(살아있는 사람의 몸)에 절단(특정부위를 잘라 내는 것), 절제(특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

【 의료법 제3조 및 제5조 】

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ② 제1항에서 ‘수술’은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 (향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경BLOCK(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’에 포함되지 않습니다.
- ③ 제1항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 포함되지 않습니다.
- ④ 이 특약에서 ‘항암방사선치료’는 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

- ⑤ 이 특약에서 ‘항암약물치료’는 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다.]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[약관용어 설명]

- **신의료기술평가위원회** : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구
- **신경 BLOCK** : 지각신경이나 자율신경에 국소마취제나 신경파괴제를 주입하여 신경경로의 일부를 차단하는 방법으로 수술시 마취나 통증의 치료, 혈액순환 개선 등에 사용하는 것

[의료법 제54조]

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제6조 【‘입원’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘입원’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 및 ‘경계성종양’으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(다만, 동법 제2항 제3호 라목의 국내의 ‘요양병원’ 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원(이하, ‘요양병원’이라 합니다)은 ‘의료기관’에 포함하지 않습니다.)에 입실하여 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제7조(‘수술동반입원’의 정의)의 입원에는 요양병원을 포함합니다.

[약관용어 설명]

- ‘**치료를 직접목적으로**’란 피보험자가 해당 질환을 제거하거나 해당 질환의 증식을 억제하기 위한 치료로 한정되는 것이 아니라, 해당 질환 또는 질환의 성장으로 인하여 직접 발현되는 중대한 병적 증상을 호전시키기 위한 치료까지는 포함하지만, 해당 질환이나 해당 질환 치료로 인해 발생한 후유증을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 것은 포함하지 않습니다.
(대법원 2010.9.30. 선고 2010다40543 판결)

제7조 【‘수술동반입원’의 정의】

- ① 이 특약에서 ‘수술동반입원’은 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 ‘암’(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)으로 인해 다음 각 호의 치료에 모두 해당되는 경우를 말합니다.
1. ‘암’(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우
 2. ‘암’(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 경우
 3. 상기 제1호의 입원 및 제2호의 수술은 동일한 ‘암’(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)에 대한 것일 경우
- ② 제1항 제2호의 ‘수술’은 동일한 ‘암’(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)으로 2종류 이상의 수술을 받은 경우 가장 먼저 수술한 경우를 말합니다.

제8조 【‘암 등의 직접적인 치료’의 정의】

※ 제8조(‘암 등의 직접적인 치료’의 정의)는 제9조(보험금의 지급사유)에서 암직접치료입원비(요양병원 제외)에만 적용되는 내용입니다.

- ① ‘암의 직접적인 치료’ 또는 ‘기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료’라 함은 ‘암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양’을 제거하거나 ‘암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양’의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’라 합니다)를 말합니다.
- ② ‘암의 직접적인 치료’ 또는 ‘기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료’에는 항암방사선치료, 항암화학치료, ‘암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양’을 제거하거나 ‘암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양’의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ ‘암의 직접적인 치료’ 또는 ‘기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 ‘암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양’의 제거 또는 ‘암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양’의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. ‘암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양’이나 ‘암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양’ 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 ‘암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료’로 봅니다.
 1. ‘암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양’의 제거 또는 ‘암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양’의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. 「‘암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양’의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. 「‘암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양’의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 ‘암, 기타피부암, 갑상선암, 대장

점막내암, 제자리암 또는 경계성종양'이나 '암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막 내암, 제자리암 또는 경계성종양' 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 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 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

가. 삭제

나. 삭제

다. 삭제

라. 삭제

마. 삭제

(이하생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제9조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다

1. 암수술자금

가. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때(수술 1회당)

나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때(수술 1회당)

2. 암직접치료입원비(요양병원 제외)

※ 암직접치료입원비(요양병원 제외)는 1형(간편가입형) 및 2형(간편가입형 II)은 ‘가’목을 보장하고 3형(일반가입형)의 경우는 ‘나’목을 보장합니다.

가. 1형(간편가입형) 및 2형(간편가입형 II)

- 1) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (3일 초과 입원일수 1일당)
- 2) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(3일 초과 입원일수 1일당)

나. 3형(일반가입형)

- 1) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때
- 2) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때

3. 암직접치료수술동반입원비

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘암’(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)으로 진단확정되고 보험기간 중 그 ‘암’(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 계속하여 수술동반입원하였을 때 : 암직접치료수술동반입원비(1일 초과 입원일수 1일당)

제10조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

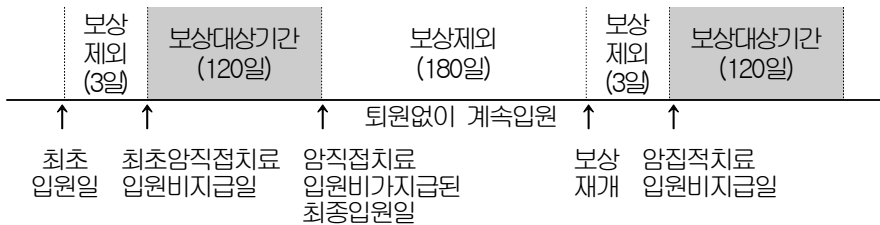
※ 아래 제2항 내지 제4항은 제17조(특약의 성립 및 소멸) 제2항의 1종(갱신형)에 적용되고 제5항 및 제6항은 같은 조 같은 항의 2종(비갱신형)에 적용됩니다. 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금을 지급합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 암 직접치료입원비(요양병원 제외) 및 암직접치료수술동반입원비의 지급사유가 발생하고 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 계약일부터 1년 미만 기간은 해당 보험금의 50%를 지급하며, 1년 이후 기간은 해당 보험금의 100%를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 암직접치료입원비(요양병원 제외) 및 암직접치료수술동반입원비의 지급사유가 발생하고 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 계약일부터 1년 미만 기간은 해당 보험금의 50%를 지급하며, 1년 이후 기간은 해당 보험금의 100%를 지급합니다.
- ⑦ ‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료’에 대하여는 제9조(보험금의 지급사유) 제1호의 암 수술자금이 지급되지 않습니다.
- ⑧ 제9조(보험금의 지급사유) 제2호 ‘암직접치료입원비(요양병원 제외)’에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 ‘암직접치료입원비(요양병원 제외)’를 지급하며 ‘암직접치료입원비(요양병원 제외)’이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 ‘암직접치료입원비(요양병원 제외)’를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.
- ⑨ 제9조(보험금의 지급사유) 제2호 ‘암직접치료입원비(요양병원 제외)’에서 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑩ 제9조(보험금의 지급사유) 제2호 ‘암직접치료입원비(요양병원 제외)’의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속

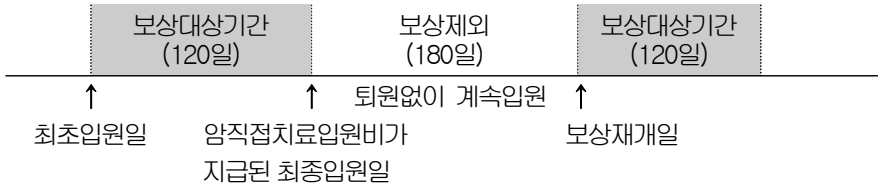
되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.

- ⑪ 제9조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제9항 및 제10항을 적용합니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 암직접치료입원비(요양병원 제외)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원비(요양병원 제외)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원비(요양병원 제외)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<1형(간편가입형) 및 2형(간편가입형Ⅱ) 보상기간 예시>



<2형(일반가입형) 보상기간 예시>

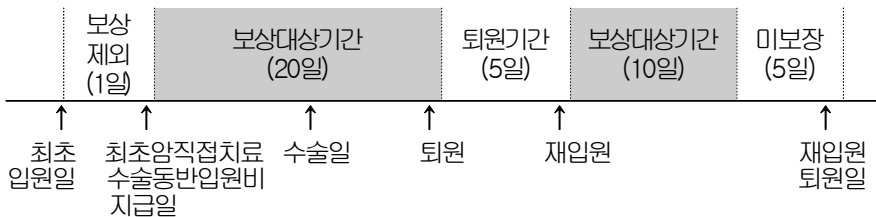


- ⑬ 제9조(보험금의 지급사유) 제3호의 경우 피보험자가 최초의 수술동반입원이후 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 ‘암’(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내 암 제외)으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속하여 수술동반 입원한 것으로 봅니다.
- ⑭ 제9조(보험금의 지급사유) 제3호 ‘암직접치료수술동반입원비’의 지급일수는 1회 수술 동반입원당 30일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 수술동반입원일을 기준으로 1회 수술동반입원당 30일을 최고 한도로 하여 계산합니다.
- ⑮ 제9조(보험금의 지급사유) 제3호의 경우 동일한 질병으로 치료를 직접적인 목적으로 2

회 이상 입원하고 그 입원기간 동안 수술을 한 경우 이를 1회 수술동반입원으로 보고 각 수술동반입원일수를 더하여 제12항 및 제13항을 적용합니다.

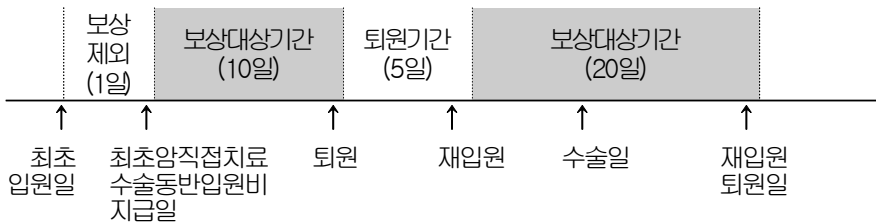
<보상기간 예시1>

※ 위암으로 수술하고 21일 입원하고 퇴원, 동일한 위암으로 15일간 재입원시



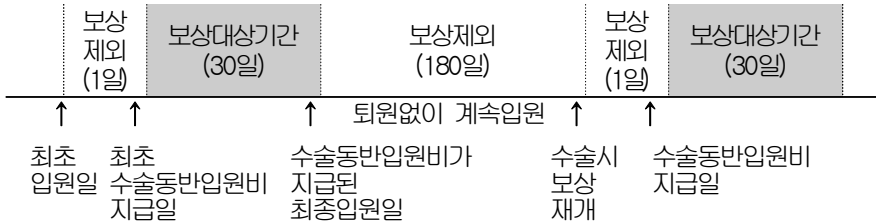
<보상기간 예시2>

※ 위암으로 11일 입원하고 퇴원, 동일한 위암으로 20일간 재입원해 수술시



- ⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 ‘질병’에 의한 수술동반입원이라도 ‘암직접치료수술동반입원비’가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑰ 제16항의 새로운 입원일 이후 동일한 ‘질병’으로 수술을 받은 경우에는 또 다른 수술동반입원으로 보아 ‘암직접치료수술동반입원비’를 지급합니다. 다만, 아래와 같이 ‘암직접치료수술동반입원비’가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 ‘암직접치료수술동반입원비’가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



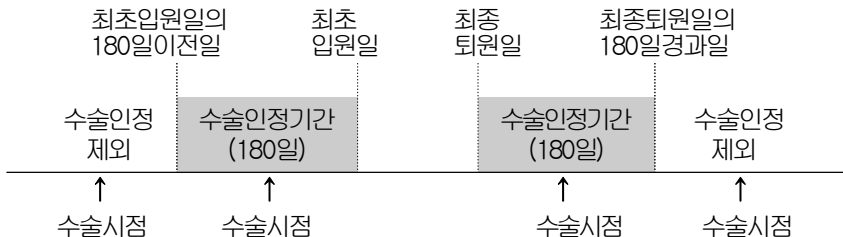
- ⑮ 제9조(보험금의 지급사유) 제3호의 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 종료당시 현재 입원중인 입원기간에 대하여는 제13항에 따라 ‘암직접치료수술동반입원비’를 지급합니다.
- ⑯ 제9조(보험금의 지급사유) 제2호에서 제3호의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사, 치과 의사 또는 한의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 ‘암직접치료입원비(요양병원 제외)’ 또는 ‘암직접치료수술동반입원비’의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

[입원기간 중 정당한 이유 없이 의사 등의 지시에 따르지 않는 사례]

피보험자가 입원기간 중 의사가 금지하는 음식물을 섭취하거나 의사의 지시에 따르지 않고 외출 등이 있는 경우

- ⑰ 제9조(보험금의 지급사유) 제3호의 경우 ‘수술’이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과되기 이전 동일한 ‘질병’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’한 경우 ‘암직접치료수술동반입원비’를 제3항 및 제13항 내지 제19항에 따라 지급합니다.

<수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 수술인정기간 기준>



- ⑱ 보험수익자와 회사가 제9조(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.

제11조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 결과 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

【약관용어 설명】

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제12조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 입·퇴원확인서, 수술확인서, 진료기록부, 사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제12조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대 전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

【 보험금 지급일 예시 】

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

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 7] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가 지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제12조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에 정합니다.
1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 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. 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제21항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가 지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제14조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제15조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제16조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제15조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전

알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제15조(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.
- ⑥ 제26조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.
- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

제4관 특약의 성립과 유지

제17조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건

- 을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다. 다만, 주계약이 갱신형일 경우에는 2종(비갱신형)을 선택할 수 없습니다.
1. 1종(갱신형)
 2. 2종(비갱신형)
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
1. 주계약이 「간편가입형」인 경우, 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형Ⅱ」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
 3. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능
- ④ 제1항 내지 제3항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초 계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제22조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑤ 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
 다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
 다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
- ⑥ 제5항 제3호 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제12조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과

보험료 지급절차는 제13조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제13조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약채결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.
- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제18조 【특약의 무효】

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

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.

2. 피보험자가 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우
3. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(다만, 1형(간편가입형) 또는 2형(간편가입형 II) 가입시에 한함)

제19조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제17조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제1항 및 제3항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 ‘암보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제20조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제21조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

[보험수익자 변경 관련 설명]

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하“전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제22조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제17조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제25조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 약관 제17조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관

등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야 합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제23조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제17조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제22조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제24조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제17조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고,나머

지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제25조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 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 수신

되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖춘 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

① ~ ② (생략)

③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖춘 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제26조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제19조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제27조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제27조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 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 ‘회사가 이 법을 위반한

- 사항을 증명하는 서류'를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
 - ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
 - ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제28조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 - ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 「민법」 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

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

제28조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 '산출방법서'에 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 [별표 7] '보험금을 지급할 때의 적립이

을 계산'에 따릅니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제27조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제29조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7 관 기타사항

제30조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

○ 1종(갱신형)

▪ 1형(간편가입형) 및 2형(간편가입형 II)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
암수술자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	100만원 (수술 1회당) (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	30만원 (수술 1회당) (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
암직접치료 입원비 (요양병원 제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	<u>3일초과 입원일수 1일당 5만원</u> (다만, 최초최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	<u>3일초과 입원일수 1일당 2만원</u> (다만, 최초최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
암직접치료 수술동반 입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 계속하여 수술동반입원을 하였을 때(1회 수술동반입원당 30일 한도)	<u>1일초과 입원일수 1일당 5만원</u> (다만, 최초최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

■ 3형(일반가입형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암수술자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	100만원 (수술 1회당) (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	30만원 (수술 1회당) (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
암직접치료 입원비 (요양병원 제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	5만원 (입원일수 1일당) (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	2만원 (입원일수 1일당) (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
암직접치료 수술동반 입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 계속하여 수술동반입원을 하였을 때(1회 수술동반입원당 30일 한도)	1일초과 입원일수 1일당 5만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

[공통 주석사항]

- 주) 1. 보장개시일('암'의 경우 암보장개시일) 이후 최초계약의 계약일부터 '1년이 지난 계약 해당일 전일' 이전에 이 특약의 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 1.에도 불구하고 최초계약의 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 암직접치료입원비(요양병원 제외) 및 암직접치료수술동반입원비의 지급사유가 발생하고 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 계약일부터 1년 미만 기간은 해당 보험금의 50%를 지급하며, 1년 이후 기간은 해당 보험금의 100%를 지급합니다.
3. 이 특약에서 '암'이란 '기타피부암', '갑상선암' 및 '대장점막내암'을 제외한 암을 의미합니다.
4. 이 특약의 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
5. '항암방사선치료' 및 '항암약물치료'는 암수술자금이 지급되지 않습니다.
6. '암직접치료입원비(요양병원 제외)'에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 '암직접치료입원비(요양병원 제외)'를 지급하며 '암직접치료입원비(요양병원 제외)'이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 '암직접치료입원비(요양병원 제외)'를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.
7. 암직접치료입원비(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고 한도로 하여 계산합니다.
8. '암직접치료수술동반입원비'의 지급일수는 1회 수술동반입원당 30일을 최고 한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 수술동반입원일을 기준으로 1회 수술동반입원당 30일을 최고 한도로 하여 계산합니다.
9. 이 특약에서 '수술동반입원'은 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 '암'(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)으로 인해 다음 각 목의 치료에 모두 해당되는 경우를 말합니다.
 - 가. '암'(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우
 - 나. '암'(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 경우
 - 다. '가.'의 입원 및 '나.'의 수술은 동일한 '암'(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)에 대한 것일 경우
 다만, '수술'이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과되기 이전 동일한 '암'(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 '수술'한 경우 보장대상에 포함합니다.
10. 9.의 '수술'은 동일한 '암'(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)으로 2종류 이상의 수술을 받은 경우 가장 먼저 수술한 경우를 말합니다.

11. 이 특약의 피보험자가 '암보장개시일' 전일 이전에 '암'으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
12. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

○ 2종(비갱신형)

■ 1형(간편가입형) 및 2형(간편가입형 II)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암수술자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	100만원 (수술 1회당) (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	30만원 (수술 1회당) (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
암직접치료 입원비 (요양병원 제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	3일초과 입원일수 1일당 5만원 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	3일초과 입원일수 1일당 2만원 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
암직접치료 수술동반 입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 계속하여 수술동반입원을 하였을 때(1회 수술동반입원당 30일 한도)	1일초과 입원일수 1일당 5만원 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

■ 3형(일반가입형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
암수술자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	100만원 (수술 1회당) (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	30만원 (수술 1회당) (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
암직접치료 입원비 (요양병원 제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	5만원 (입원일수 1일당) (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	2만원 (입원일수 1일당) (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
암직접치료 수술동반 입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 계속하여 수술 동반입원을 하였을 때(1회 수술동반입원당 30일 한도)	1일초과 입원일수 1일당 5만원 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

[공통 주석사항]

- 주) 1. 보장개시일(‘암’의 경우 암보장개시일) 이후 계약일로부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 이 특약의 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일로부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
2. 1.에도 불구하고 계약일로부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 암직접치료입원비(요양병원 제외) 및 암직접치료수술동반입원비의 지급사유가 발생하고 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 계약일로부터 1년 미만 기간은 해당 보험금의 50%를 지급하며, 1년 이후 기간은 해당 보험금의 100%를 지급합니다.
3. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.
4. 이 특약의 암보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
5. ‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료’는 암수술자금이 지급되지 않습니다.
6. ‘암직접치료입원비(요양병원 제외)’에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 ‘암직접치료입원비(요양병원 제외)’을 지급하며 ‘암직접치료입원비(요양병원 제외)’이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 ‘암직접치료입원비(요양병원 제외)’을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.
7. ‘암직접치료입원비(요양병원 제외)’의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
8. ‘암직접치료수술동반입원비’의 지급일수는 1회 수술동반입원당 30일을 최고 한도로 합니다.
9. 이 특약에서 ‘수술동반입원’은 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 ‘암’(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)으로 인해 다음 각 목의 치료에 모두 해당되는 경우를 말합니다.
 - 가. ‘암’(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우
 - 나. ‘암’(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 경우
 - 다. ‘가.’의 입원 및 ‘나.’의 수술은 동일한 ‘암’(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)에 대한 것일 경우
 다만, ‘수술’이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과되기 이전 동일한 ‘암’(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’한 경우 보장대상에 포함합니다.
10. 9.의 ‘수술’은 동일한 ‘암’(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)으로 2종류 이상의 수술을 받은 경우 가장 먼저 수술한 경우를 말합니다.
11. 이 특약의 피보험자가 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
12. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

[별표 2]

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26 ^{주3)}
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	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 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 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
3. ‘소화기관의 악성신생물(C15~C26)’의 경우 이 특약 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 ‘대장점막내암’은 ‘암’에서 제외됩니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

기타 피부의 악성신생물 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘기타피부암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

- 주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 4]

갑상선의 악성신생물 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘갑상선암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

- 주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 5]

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘제자리암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘제자리암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01 ^{주2)}
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘제자리암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. ‘기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01)’의 경우 이 특약 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘대장점막내암’은 제외됩니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 6]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘경계성종양’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘경계성종양’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물 ^{주2}	D47 (D47.1, D47.3,D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘경계성종양’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 만성 골수증식 질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성호산구성 백혈병(과호산증후군)(D47.5)은 ‘9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물’에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 7]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항 및 제28조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
암수술자금, 암직접치료 입원비, 암직접치료 수술동반 입원비 (제9조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제28조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까 지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 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 적용시 제13조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

성인질환치료특약II |갱신형,비갱신형,무배당_H 약관

[1형(간편가입형 I), 2형(간편가입형 II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 1종(갱신형) 또는 2종(비갱신형) 중 계약자가 선택한 보종에 한하여 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율(갱신 계약의 경우 갱신시점의 이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
2. 갱신일 : 1종(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음 날을 말합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘10대특정질병’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘10대특정질병’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘10대특정질병 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘10대특정질병’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의

사 면허)에 규정한 해당분야의 의사 또는 한의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

[의료법 제3조 및 제5조]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자

2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제4조 【‘8대소액질병’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘8대소액질병’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 3] ‘8대소액질병 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘8대소액질병’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사 또는 한의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제5조 【‘4대주요질병’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에서 ‘4대주요질병’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘4대주요질병 분류표’에서 정한 ‘뇌혈관질환’, ‘심질환’, ‘간·췌장질환’ 및 ‘폐질환’의 4가지 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 뇌혈관질환으로 보장하지 않습니다.
- ② ‘뇌혈관질환’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사

면허)에 규정한 해당분야의 의사 또는 한의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출 단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 근거로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 ‘뇌혈관질환’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 ‘뇌혈관질환’으로 확정되거나 추정되는 경우

[약관용어 설명]

- **전산화단층촬영(CT scan, Computed Tomography scan)** : 시티 스캐너를 이용한 컴퓨터 단층 촬영법. 엑스선이나 초음파를 여러 각도에서 비추어, 투영된 인체 내부 영상을 컴퓨터로 해석하여 화상으로 처리한 뒤 단면의 모습을 재생함으로써 종양 따위를 검출하여 내는 촬영기술
- **자기공명영상(MRI, Magnetic Resonance Imaging)** : 핵자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
- **뇌혈관조영술** : 뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위하여 말초혈관을 통하여 조영제(X-선에 반응하여 희게 촬영되는 물질)를 뇌혈관에 주입하여 X-선으로 촬영하는 기술
- **양전자 방출 단층 촬영(PET, Positron Emission Tomography)** : 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
- **단일광자방출 전산화단층술(SPECT, Sing Photon Emission Computed Tomography)** : γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
- **뇌척수액검사** : 뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상유무를 알아보는 것

- ③ ‘심질환’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사 또는 한의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정

이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 ‘심질환’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 ‘심질환’으로 확정되거나 추정되는 경우

[약관용어 설명]

- **심전도(electrocardiogram : EKG, ECG)** : 심박동과 관련되어 나타나는 전기적 변화를 나타내는 심장의 전기적 그림을 말함
- **심장초음파(echocardiography : echo)** : 심장에 초음파를 보내어 되돌아오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상에 나타내는 것으로 심장의 형태, 움직임에 관한 내용을 파악할 수 있음
- **혈액중심장효소검사** : 혈액 내 포함되어 있는 효소의 수치를 이용하여 급성심근경색 손상을 확인하는 효소검사
- **핵의학검사** : 동위 원소를 이용하는 의학분야의 검사로, 대개의 경우는 방사선 동위원소를 사용하고 거기서 나오는 방사능을 조사함으로써 그 원소의 위치를 조사해 장기의 형태, 장기의 기능, 물질대사가 되는 것 등을 조사하는 진단학과 그 방사능을 이용해서 치료하는 치료방법들을 말함(ex : PET검사, 골주사검사 등)

- ④ ‘간·체장질환’ 및 ‘폐질환’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사 또는 한의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 위의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 ‘간·체장질환’ 및 ‘폐질환’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 ‘간·체장질환’ 및 ‘폐질환’으로 확정되거나 추정되는 경우

제6조 【‘수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘수술’은 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 ‘10대특정질병’ 또는 ‘8대소액질병’으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사 또는

한의학사의 관리 하에 ‘10대특정질병’ 또는 ‘8대소액질병’의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(살아있는 사람의 몸)에 절단(특정부위를 잘라 내는 것), 절제(특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항에서 ‘수술’은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함합니다. 단, 흡인(주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경 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’에 포함되지 않습니다.

[약관용어 설명]

- **‘치료를 직접목적으로’**란 피보험자가 해당 질환을 제거하거나 해당 질환의 증식을 억제하기 위한 치료로 한정되는 것이 아니라, 해당 질환 또는 질환의 성장으로 인하여 직접 발현되는 중대한 병적 증상을 호전시키기 위한 치료까지 포함하지만, 해당 질환이나 해당 질환 치료로 인해 발생한 후유증을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 것은 포함하지 않습니다.
(대법원 2010.9.30. 선고 2010다40543 판결)
- **신경 BLOCK** : 지각신경이나 자율신경에 국소마취제나 신경파괴제를 주입하여 신경경로의 일부를 차단하는 방법으로 수술시 마취나 통증의 치료, 혈액순환 개선 등에 사용하는 것

[약관용어 설명]

- **신의료기술평가위원회** : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

[의료법 제54조]

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자

3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가 위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제7조 【‘입원’의 정의와 장소】

이 특약에서 ‘입원’은 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 ‘10대특정질병’, ‘8대소액질병’ 또는 ‘4대주요질병’으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 약관용어 설명 】

- ‘**치료를 직접목적으로**’란 피보험자가 해당 질환을 제거하거나 해당 질환의 증식을 억제하기 위한 치료로 한정되는 것이 아니라, 해당 질환 또는 질환의 성장으로 인하여 직접 발현되는 중대한 병적 증상을 호전시키기 위한 치료까지는 포함하지만, 해당 질환이나 해당 질환 치료로 인해 발생한 후유증을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 것은 포함하지 않습니다.
(대법원 2010.9.30. 선고 2010다40543 판결)

제8조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 ‘10대특정질병’ 또는 ‘8대소액질병’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때
: 성인질환수술자금(수술 1회당)
2. 보험기간 중 ‘10대특정질병’, ‘8대소액질병’ 또는 ‘4대주요질병’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때
: 성인질환입원급여금(3일 초과 입원일수 1일당)

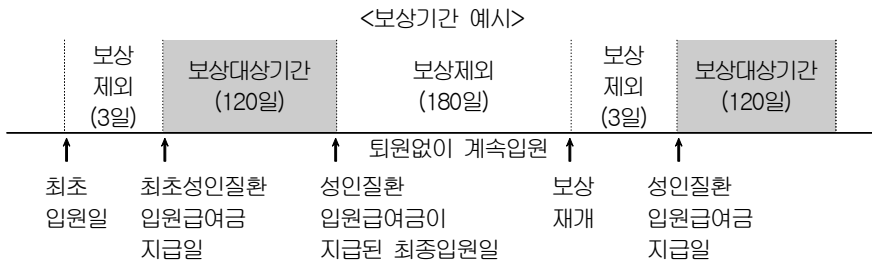
제9조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항 및 제3항은 제16조(특약의 성립 및 소멸) 제2항의 1종(갱신형)에 적용되고 제4항은 같은조 같은 항의 2종(비갱신형)에 적용됩니다. 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%[최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 성인질환입원급여금이 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 성인질환입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 성인질환입원급여금은 100%를 지급]을 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ④ 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%[계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 성인질환입원급여금이 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 성인질환입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 성인질환입원급여금은 100%를 지급]을 지급합니다.
- ⑤ 제8조(보험금의 지급사유) 제1호의 10대특정질병 중 ‘당뇨병(E10~E14, 눈/신장 등의

합병증을 동반한 당뇨병 포함’, 8대소액질병 중 ‘녹내장’ 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술 또는 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 등은 수술 개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

- ⑥ 제8조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병이나 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑦ 제8조(보험금의 지급사유) 제2호 ‘성인질환입원급여금’의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다. 다만, 1종(갱신형)의 경우 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고한도로 하여 계산합니다.
- ⑧ 제8조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제5항 및 제6항을 적용합니다.
- ⑨ 제6항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 성인질환입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 성인질환입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 성인질환입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑩ 제8조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 성인질환입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보상기간이 만료되었을 때에도 보상기간 종료당시 현재 입원중인 입원기간에 대하여는 제6항에 따라 성인질환입원급여금을 지급합니다.
- ⑪ 제8조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사 또는 한의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 성인질환입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

[입원기간 중 정당한 이유 없이 의사 등의 지시에 따르지 않는 사례]

피보험자가 입원기간 중 의사가 금지하는 음식물을 섭취하거나 의사의 지시에 따르지 않고 외출 등이 있는 경우

- ⑫ 보험수익자와 회사가 제8조(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.

제10조 【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 해친 결과 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

[약관용어 설명]

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제11조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(수술확인서, 입·퇴원확인서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 사망 진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대 전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

【 보험금 지급일 예시 】

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

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가 지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 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. 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제12항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가급보보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항

및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제13조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제14조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제15조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제14조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때다만, 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제14조(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.
- ⑥ 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제16조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다. 다만, 주계약이 갱신형일 경우에는 2종(비갱신형)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신형)
 2. 2종(비갱신형)
- ③ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 간편가입형인 경우 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형II인 경우 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
 3. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 계약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제21조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
- ⑥ 제5항 제3호 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제12조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제12조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.
- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제17조 【특약의 무효】

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

1. 특약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(다만, 1형(간편가입형) 또는 2형(간편가입형 II) 가입시에 한함)

제18조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제16조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제1항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제19조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제20조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[보험수익자 변경 관련 설명]

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제21조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제16조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제24조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 약관 제16조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는

이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.

1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제22조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제16조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신행)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한

보험기간으로 합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제21조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 20년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제23조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제16조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제24조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드

립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

① ~ ② (생략)

③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명 장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제25조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제26조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제26조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제27조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르

지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

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

제27조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘산출방법서’에 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 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제26조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제28조 【배당금의 지급】

이 보험은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7 관 기타사항

제29조 【주계약 약관 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

- 1종(갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
성인질환 수술자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘10대특정 질병’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	100만원 (수술 1회당) (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50% 지급)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘8대소액 질병’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	50만원 (수술 1회당) (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50% 지급)
성인질환 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘10대특정 질병’, ‘8대소액질병’ 또는 ‘4대주요질병’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	3일초과 입원일수 1일당 2만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50% 지급)

- 주) 1. 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 1.에도 불구하고 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 성인질환 입원급여금의 보험금 지급사유가 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 해당 보험금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 해당 보험금은 100%를 지급합니다.
3. 10대특정질병은 [별표 2] ‘10대특정질병 분류표’, 8대소액질병은 [별표 3] ‘8대소액질병 분류표’, 4대주요질병은 [별표 4] ‘4대주요질병 분류표’에서 정한 질병으로 아래와 같습니다.
- 10대특정질병 : 죽상경화증/ 대동맥동맥류 및 박리/ 당뇨병/ 급성 간염 및 기타 바이러스 간염/ 식도위 및 십이지장의 질환/ 갑상선의 장애 및 대사장애/ 고혈압질환/ 결핵, 감염성 및 기생충질환의 후유증/ 폐렴/ 신부전
 - 8대소액질병 : 녹내장/ 관절염/ 당뇨병 및 당뇨병/ 충수염/ 남녀생식기질환/ 사구체질환/ 신세뇨관-간질질환/ 신장및요관질환

- 4대주요질병 : 뇌혈관질환/ 심질환/ 간·췌장질환/ 폐질환

4. 10대특정질병에서 ‘당뇨병(E10~E14, 눈/신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병 포함)’, 8대 소액질병에서 ‘녹내장’ 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술 또는 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 등은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
5. 성인질환입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고 한도로 하여 계산합니다.
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- 2종(비 갱 신 형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
성인질환 수술자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘10대특정질병’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	100만원 (수술 1회당) (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50% 지급)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘8대소액질병’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	50만원 (수술 1회당) (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50% 지급)
성인질환 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘10대특정질병’, ‘8대소액질병’ 또는 ‘4대주요질병’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	3일초과 입원일수 1일당 2만원 (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50% 지급)

- 주) 1. 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%[계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 성인질환입원급여금이 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 성인질환입원급여금은 50%를 지급하며,

- 1년 이후 기간의 성인질환입원급여금은 100%를 지급]을 지급합니다.
2. 1.에도 불구하고 계약일부터 '1년이 지난 계약 해당일 전일' 이전에 성인질환입원급여금의 보험금 지급사유가 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 해당 보험금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 해당 보험금은 100%를 지급합니다.
 3. 10대특정질병은 [별표 2] '10대특정질병 분류표', 8대소액질병은 [별표 3] '8대소액질병 분류표' 4대주요질병은 [별표 4] '4대주요질병 분류표'에서 정한 질병으로 아래와 같습니다.
 - 10대특정질병 : 죽상경화증/ 대동맥동맥류 및 박리/ 당뇨병/ 급성 간염 및 기타 바이러스 간염/ 식도, 위 및 십이지장의 질환/ 갑상선의 장애 및 대사장애/ 고혈압질환/ 결핵, 감염성 및 기생충질환의 후유증/ 폐렴/ 신부전
 - 8대소액질병 : 녹내장/ 관절염/ 담석증 및 담낭염/ 충수염/ 남녀생식기질환/ 사구체질환/ 신세뇨관-간질질환/ 신장및요관질환
 - 4대주요질병 : 뇌혈관질환/ 심질환/ 간·췌장질환/ 폐질환
 4. 10대특정질병에서 '당뇨병(E10~E14, 눈/신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병 포함)', 8대소액질병에서 '녹내장' 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술 또는 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법 등은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술자금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
 5. 성인질환입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
 6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

[별표 2]

10대특정질병 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘10대특정질병’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘10대특정질병’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
동맥경화증	죽상경화증	I70
대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
당뇨병	1형 당뇨병 2형 당뇨병 영양실조-관련 당뇨병 기타 명시된 당뇨병 상세불명의 당뇨병 당뇨병성 단일신경병증 당뇨병성 다발신경병증 당뇨병성 백내장 당뇨병성 망막병증 당뇨병성 관절병증 당뇨병에서의 사구체장애	E10 E11 E12 E13 E14 G59.0 G63.2 H28.0 H36.0 M14.2 N08.3
급성 간염 기타 바이러스 간염	급성 A형간염 급성 B형간염 기타 급성 바이러스간염 만성 바이러스간염 상세불명의 바이러스간염	B15 B16 B17 B18 B19
갑상선의 장애 및 대사장애	선천성 요오드결핍증후군 요오드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태 무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증 기타 갑상선기능저하증 기타 비독성 고이더 갑상선독증[갑상선기능항진증] 갑상선염 갑상선의 기타 장애 처치후 갑상선기능저하증 갑상선이상성 안구돌출	E00 E01 E02 E03 E04 E05 E06 E07 E89.0 H06.2

대 상 질 병 명		분류번호
식도, 위 및 십이지장의 질환	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
결핵, 감염성 및 기생충질환의 후유증	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15
	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	신경계통의 결핵	A17
	기타 기관의 결핵	A18
	좁쌀 결핵	A19
	결핵의 후유증	B90
	결핵 관절염	M01.1
	척추의 결핵	M49.0
	뼈의 결핵	M90.0
	결핵성 방광염	N33.0
	자궁경부의 결핵감염	N74.0
	여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
	결핵성 복막염	K67.3
	장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	배경망막병증 및 망막혈관변화	H35.0
폐렴	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
	거대세포바이러스폐렴	B25.0
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	수두폐렴	B01.2
	폐톡소포자충증	B58.3

대 상 질 병 명		분류번호
신부전	급성 신부전	N17
	만성 콩팥병	N18
	상세불명의 신부전	N19

- ※ 당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음
(자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」를 참고하거나 당사에 문의하시기 바랍니다)
- ※ 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘10대특정질병’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

8대소액질병 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘8대소액질병’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘8대소액질병’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
녹내장	녹내장	H40
	달리분류된 질환에서의 녹내장	H42
관절염	감염성 관절병증	M00~M03 (M01.1제외)
	염증성 다발관절병증	M05~M14 (M14.2제외)
	[J99.0*: 류마티스페질환(M05.1†)]	J99.0*
	관절증 기타 관절장애	M15~M19 M20~M25
담석증 및 담낭염	담석증	K80
	담낭염	K81
충수염	급성 충수염	K35
	기타 충수염	K36
	상세불명의 충수염	K37
	충수의 기타 질환	K38
남녀생식기 질환	1. 남성 생식기질환[남성에 한하여 보장]	
	전립선증식증	N40
	전립선의 염증성 질환	N41
	전립선의 기타 장애	N42
	음낭수종 및 정액류	N43
	고환의 염전	N44
	고환염 및 부고환염	N45
	음경의 기타장애	N48
	달리 분류되지 않은 남성 생식기관의 염증성 장애	N49
	남성생식기관의 기타 장애	N50
	달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애	N51
	남성생식기관의 결핵	A18.14
	불거리고환염	B26.0

대 상 질 병 명		분류번호
남녀생식기 질환	2. 여성 생식기질환[여성에 한하여 보장] 난관염 및 난소염 N70 자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환 N71 자궁경부의 염증성 질환 N72 기타 여성골반염증질환 N73 달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애 N74 (N74.0, N74.1 제외) 바르톨린선의 질환 N75 질 및 외음부의 기타 염증 N76 달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증 N77 자궁내막증 N80 여성생식기탈출 N81 여성생식관을 침범한 누공 N82 난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애 N83 여성생식관의 용종 N84 자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애 N85 자궁경부의 미란 및 외반 N86 자궁경부의 이형성 N87 자궁경부의 기타 비염증성 장애 N88 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 여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태 N94 폐경 및 기타 폐경전후 장애 N95	
	급성 신염증후군 N00 급속 진행성 신염증후군 N01 재발성 및 지속성 혈뇨 N02 만성 신염증후군 N03 신증후군 N04 상세불명의 신염증후군 N05 명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨 N06 달리 분류되지 않은 유전성 신장병증 N07 달리 분류된 질환에서의 사구체장애 N08 (N08.3제외)	

대 상 질 병 명		분류번호
신세뇨관-간질질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
	만성 세뇨관-간질신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	기타 신세뇨관-간질질환	N15
	달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N16
신장 및 요관의 기타 장애	신세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장위축	N26
	원인불명의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘8대소액질병’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 4]

4대주요질병 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘4대주요질병’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘4대주요질병’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
심질환	심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	100
	심장 침범이 있는 류마티스열	101
	류마티스 무도병	102
	류마티스성 승모판 질환	105
	류마티스성 대동맥판 질환	106
	류마티스성 삼첨판 질환	107
	다발판막질환	108
	기타 류마티스 심장 질환	109
	협심증	120
	급성 심근경색증	121
	후속 심근경색증	122
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	123
	기타 급성 허혈심장 질환	124
	만성 허혈심장병	125
	폐 색전증	126
	기타 폐성 심장질환	127
	폐혈관의 기타 질환	128
	급성 심장막염	130
	심장막의 기타 질환	131
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	132
	급성 및 아급성 심내막염	133
	비류마티스성 승모판 장애	134
	비류마티스성 대동맥판 장애	135
	비류마티스성 삼첨판 장애	136
	폐동맥판 장애	137
	상세불명 판막의 심내막염	138
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애	139
	급성 심근염	140
	달리 분류된 질환에서의 심근염	141
	심근병증	142
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	143

대 상 질 병 명		분류번호
심질환	방실 차단 및 좌각 차단	I44
	기타 전도 장애	I45
	심장정지	I46
	발작성 빈맥	I47
	심방 세동 및 조동	I48
	기타 심장 부정맥	I49
	심부전	I50
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
	칸디다심내막염	B37.6
	수막알균성 심장병	A39.5
뇌혈관질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내 출혈	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 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	뇌혈관 질환의 후유증	I69
간·췌장질환	알코올성 간질환	K70
	독성간질환	K71
	달리 분류되지 않는 간부전	K72
	달리 분류되지 않는 만성 간염	K73
	간의 섬유증 및 경변증	K74
	기타 염증성 간질환	K75
	간의 기타 질환	K76
	달리 분류된 질환에서의 간장애	K77
	거대세포바이러스간염	B25.1
	톡소포자충감염	B58.1
	급성 췌장염	K85
	췌장의 기타 질환	K86

대 상 질 병 명		분류번호
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

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘4대주요질병’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 뇌혈관질환으로 보장하지 않습니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제27조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
성인질환 수술자금, 성인질환 입원급여금 (제8조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제27조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제12조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

중환자실입원특약 |갱신형,비갱신형,무배당_H 약관

[1형(간편가입형 I), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 1종(갱신형) 또는 2종(비갱신형) 중 계약자가 선택한 보증에 한하여 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급사유 관련 용어

가. 질병 또는 재해 : [별표 2] 질병 및 재해분류표에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.

2. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율(갱신 계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.

※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

3. 갱신일 : 1종(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음 날을 말합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘입원’의 정의와 장소】

① 이 특약에서 ‘입원’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘[별표 2] 질병

및 재해분류표'에서 정한 '질병 및 재해'로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정
한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의
병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 동법 제5조(의
사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리
하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특약에서 '집중치료실'(Intensive Care Unit, 중환자실 또는 집중강화치료실)이라 함
은 [별표 3] '의료기관의 시설규격(중환자실)'에서 정하는 「의료법 시행규칙 제34조
(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표 4(의료기관의 시설규격) 2.중환자실」에
부합하는 입원치료실을 말합니다.

[약관용어 설명]

- '치료를 직접목적으로'란 피보험자가 해당 질환을 제거하거나 해당 질환의 증
식을 억제하기 위한 치료로 한정되는 것이 아니라, 해당 질환 또는 질환의 성
장으로 인하여 직접 발현되는 중대한 병적 증상을 호전시키기 위한 치료까지
는 포함하지만, 해당 질환이나 해당 질환 치료로 인해 발생한 후유증을 완화하
거나 합병증을 치료하기 위한 것은 포함하지 않습니다.
(대법원 2010.9.30. 선고 2010다40543 판결)

[의료법 제3조 및 제5조]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의
료·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·상
담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로
의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원

라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자

2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자

3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인

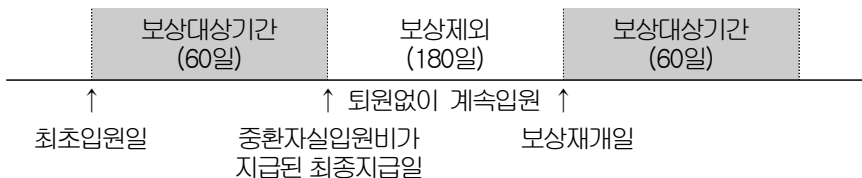
목적으로 1일 이상 계속하여 집중치료실에 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 ‘집중치료실 입원급여금’(‘[별표 1]보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 ‘집중치료실 입원급여금’의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고 한도로 합니다. 다만, 1종(갱신형)의 경우 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 60일을 최고 한도로 하여 계산합니다.
- ④ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑤ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제3항 및 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 ‘집중치료실 입원급여금’이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 ‘집중치료실 입원급여금’이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 ‘집중치료실 입원급여금’이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



- ⑦ 피보험자가 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 종료당시 현재 입원중인 입원기간에 대하여는 제3항에 따라 계속 ‘집중치료실 입원급여금’을 지급합니다.
- ⑧ 제4조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 해당 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

[입원기간 중 정당한 이유 없이 의사 등의 지시에 따르지 않는 사례]

피보험자가 입원기간 중 의사가 금지하는 음식물을 섭취하거나 의사의 지시에 따르지 않고 외출 등이 있는 경우

- ⑨ 피보험자가 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 입원급여금을 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제4조(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.

제6조 【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 해친 결과 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하는 때에는 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

[약관용어 설명]

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 입·퇴원확인서(집중치료실 입원기간 기입), 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 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 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

【 보험금 지급일 예시 】

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

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘[별표 4]보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 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(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 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. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제10항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제9조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제10조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알

릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자

또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제10조(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.
- ⑥ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.
- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제12조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다. 다만, 주계약이 갱신형일 경우에는 2종(비갱신형)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신형)
 2. 2종(비갱신형)
- ③ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 간편가입형인 경우 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
 3. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 계약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑤ 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
- ⑥ 제5항의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑧ 제5항 제3호의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<항후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제13조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임

을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 특약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(다만, 1형(간편가입형) 또는 2형(간편가입형 II) 가입시에 한함)

제14조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제1항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제15조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【 보험수익자 변경 관련 설명 】

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」

제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하“전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제17조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 약관 제12조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신

수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제18조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 20년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 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 해지

되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 - 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 - 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 - 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 - 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 - 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

- ① ~ ② (생략)
- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.
 - 1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 - 2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것

3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회

- 사는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제22조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<항후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

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

제23조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 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 ‘[별표 4]보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 보험은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기 타 사 항

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
집중치료실 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 1일 이상 계속하여 ‘집중치료실’에 입원하였을 때 (1회 입원당 60일 한도)	입원 1일당 7만원

- 주) 1. 중환자실입원비는 입원 1회당 60일을 최고한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 입원 이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 60일을 최고 한도로 하여 계산합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

[별표 2]

질병 및 재해분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병사인분류 상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

[감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 (정의)]

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리과 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다.
다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
가. 에볼라바이러스병 나. 마버그열 다. 라싸열
라. 크리미안콩고출혈열 마. 남아메리카출혈열 바. 리프트밸리열
사. 두창 아. 페스트 자. 탄저
차. 보툴리눔독소증 카. 야토병 타. 신종감염병증후군
파. 중증급성호흡기증후군(SARS) 하. 중동호흡기증후군(MERS)
거. 동물인플루엔자 인체감염증 너. 신종인플루엔자 더. 디프테리아
3. (생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(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 치의보험 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

우

⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

- ※ ()안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’ 해당 여부를 판단합니다. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’ 해당여부는 피보험자가 진단(사고 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 진단(사고 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’ 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ※ 위 ‘1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해 ②’에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

[별표 3]

의료기관의 시설규격(중환자실)

“「의료법」 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4 (의료기관의 시설규격) 2. 중환자실”의 시설규격은 다음과 같습니다.

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원엔 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 "신생아 중환자실"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. >

[별표 4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
집중치료실 입원급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

요양병원 암입원특약 |갱신형,무배당_H 약관

[1형(간편가입형 I), 2형(간편가입형 II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율(갱신 계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.

※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

2. 기간과 날짜 관련 용어

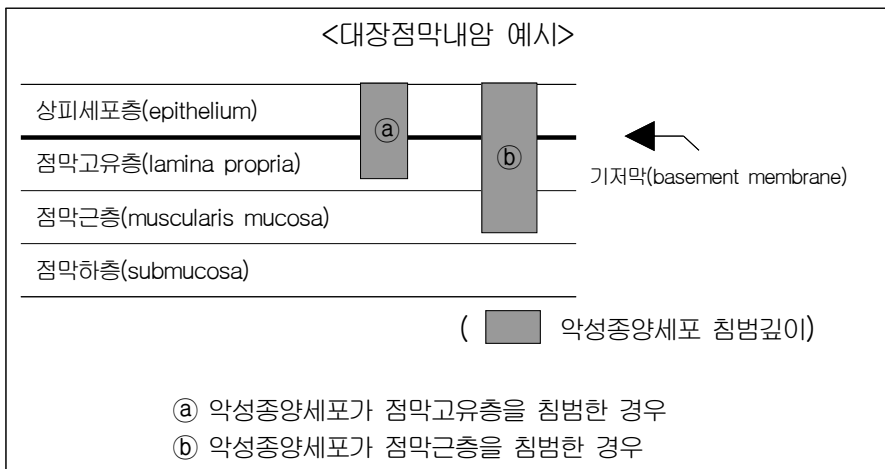
가. 암보장개시일 : 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

나. 갱신일 : 이 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 한국표준질병·사인분류 중 ‘[별표 2] 대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말하고 ‘기타피부의 악성신생물(분류번호 C44)’, ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’, 제6항에서 정한 ‘대장점막내암’ 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 ‘암’에 포함되지 않습니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 3] ‘기타 피부의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 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.



- ⑤ ‘암’ 및 ‘기타피부암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 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 기초

로 하여야 합니다. ‘암’ 및 ‘기타피부암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑥ ‘갑상선암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. ‘갑상선암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑦ ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 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, 위에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑧ 제5항 내지 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

■ 진단이 가능하지 않을 때 예시

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

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C44(기타 피부의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C44(기타 피부의 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.
- C61(전립선의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

제4조 【‘제자리암’, ‘경계성종양’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘제자리암’은 한국표준질병·사인분류 중 ‘[별표 5] 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘경계성종양’은 한국표준질병·사인분류 중 ‘[별표 6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 진단 확정은 병리 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. ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

■ 진단이 가능하지 않을 때 예시

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

[약관용어 설명]

- **경계성종양** : 양성 종양과 악성 종양의 중간 단계. 즉, 악성인지 양성인지 구분이 모호한 단계의 신생물

제5조 【‘요양병원’의 정의 및 ‘입원’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 '요양병원'은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.
- ② 이 특약에서 '입원'은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 '암', '기타피부암', '갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 및 '경계성종양'으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 '요양병원'에 입실하여 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

[의료법 제3조 및 제5조]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원

- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제6조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 '요양병원암입원급여금'([별표 1] '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

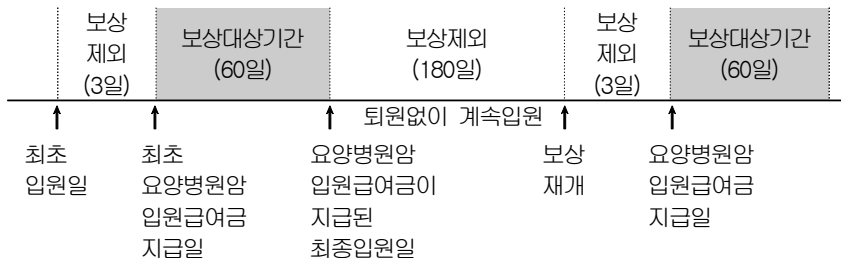
1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '암보장개시일' 이후에 '암'으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 '암'의 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때(3일 초과 입원일수 1일당)

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때(3일 초과 입원일수 1일당)

제7조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ④ 제6조(보험금의 지급사유)에서 ‘요양병원암입원급여금’의 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 최고 한도로 하여 계산합니다.
- ⑤ 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 질병으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 요양병원암입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 요양병원암입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 요양병원암입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

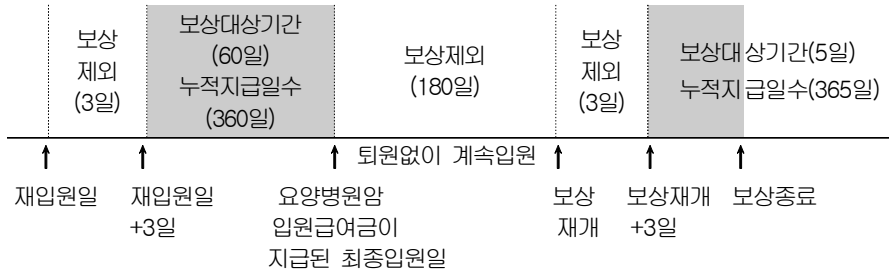
<보상기간 예시>



- ⑦ 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 요양병원암입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 종료당시 현재 입원중인 입원기간에 대하여는 제4항에 따라 요양병원암입원급여금을 지급합니다.
- ⑧ 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금의 경우 이 특약의 최초 계약일부터 지급된 요양병원암입원급여금의 누적 지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금은 지급되지 않습니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’이 완치된 이후 다시 진단 받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않고 새로운 질병으로 보아 보장하여 드립니다.

<동일질병 최고한도 보상기간 계산 예시>

예) 요양병원암입원급여금 누적 지급일수 360일 이후, 보장이 재시작된 경우 365일까지만 지급함



- ⑩ 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사, 치과의사 또는 한의사의 지시에 따르지 않을 때에는 회사는 요양병원암입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

[입원기간 중 정당한 이유 없이 의사 등의 지시에 따르지 않는 사례]

피보험자가 입원기간 중 의사가 금지하는 음식물을 섭취하거나 의사의 지시에 따르지 않고 외출 등이 있는 경우

- ⑪ 보험수익자와 회사가 제6조(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.

제8조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 결과 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

【 약관용어 설명 】

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제9조 【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 입·퇴원확인서, 진료 기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제10조 【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는

[별표 7] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.

- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가 지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 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. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가 지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제11조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제12조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서

등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제12조(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.
- ⑥ 제23조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.
- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제14조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.

1. 주계약이 간편가입형인 경우 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
 3. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ④ 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
- ⑤ 제4항의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑦ 제4항 제3호의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제10조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급 기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.
- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제15조 【특약의 무효】

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

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우
3. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험

에 가입한 경우(다만, 1형(간편가입형) 또는 2형(간편가입형 II) 가입시에 한함)

제16조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다. 다만, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확인) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 ‘암보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제17조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

【 보험수익자 변경 관련 설명 】

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안

내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제19조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는

100세 계약해당일의 전일로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 - 2. 약관 제14조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 - 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 - 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 - 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야 합니다.

- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제20조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제19조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 5년(최초계약의 보험기간이 5년인 경우에는 5년)미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계

약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

- ② 이 특약의 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 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

① ~ ② (생략)

③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품 설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피

보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제24조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【 약관용어 설명 】

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

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제25조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 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 [별표 7] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제26조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7관 기타사항

제27조 【주계약 약관 규정 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
요양병원암 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 ‘암’의 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘기타 피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때(1회 입원당 60일 한도)	3일초과 입원일수 1일당 1만원

- 주) 1. 요양병원암입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고 한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 60일을 최고 한도로 하여 계산합니다.
2. 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금의 경우 이 계약의 최초 계약일부터 지급된 요양병원암입원급여금의 누적 지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금은 지급되지 않습니다.
3. 2.에도 불구하고 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’이 완치된 이후 재진단 받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않고 새로운 질병으로 보아 보장하여 드립니다.
4. 이 특약에서 ‘암’이란 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암을 제외한 암을 의미합니다.
5. 이 특약의 ‘암보장개시일’은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
6. 이 특약의 피보험자가 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

[별표 2]

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26 ^{주3)}
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	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 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 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
3. ‘소화기관의 악성신생물(C15~C26)’의 경우 이 계약 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 ‘대장점막내암’은 ‘암’에서 제외됩니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘기타피부암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

- 주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 4]

갑상선의 악성신생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘갑상선암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

- 주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 5]

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

① 이 약관에서 정의하는 ‘제자리암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인 분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘제자리암’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01 ^{주2)}
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘제자리암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. ‘기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01)’의 경우 이 특약 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘대장점막내암’은 제외됩니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[

[별표 6]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘경계성종양’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘경계성종양’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물 ^{주2}	D47 (D47.1, D47.3,D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘경계성종양’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 만성 골수증식 질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성호산구성 백혈병(과호산증후군)(D47.5)은 ‘9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물’에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 7]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
요양병원암 입원급여금 (제6조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제25조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제10조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

항암방사선·약물치료특약 |갱신형,무배당|_H 약관

[1형(간편가입형), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율(갱신계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.

※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

2. 기간과 날짜 관련 용어

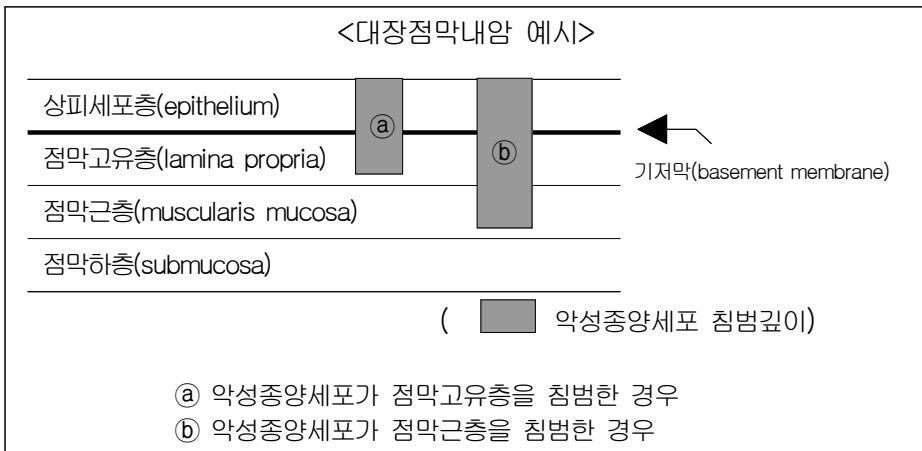
가. 암보장개시일 : 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

나. 갱신일 : 이 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말하고, ‘기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)’, ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’, 제4항에서 정한 ‘대장점막내암’ 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 ‘암’에 포함되지 않습니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 3] ‘기타 피부의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 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.



- ⑤ ‘암’ 및 ‘기타피부암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 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. ‘암’ 및 ‘기타피부암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑥ ‘갑상선암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. ‘갑상선암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑦ ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 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. ‘대장점막내암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제5항 내지 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

■ 진단이 가능하지 않을 때 예시

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

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C44(기타 피부의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C44(기타 피부의 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.
- C61(전립선의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 【‘항암방사선치료’의 정의】

이 특약에서 ‘항암방사선치료’는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘암’, ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제5조 【‘항암약물치료’의 정의】

이 특약에서 ‘항암약물치료’는 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘암’, ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학 요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭스, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

1. 항암방사선치료자금

- 가. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암방사선치료’를 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암방사선치료’를 받았을 때 (최초 1회한)
- 나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암방사선치료’를 받았을 때 (각각 최초 1회한)

2. 항암약물치료자금

- 가. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았을 때 (최초 1회한)
- 나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았을 때 (각각 최초 1회한)

제7조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호에서 정한 보험금의 지급사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일 이후에 이미 보험금이 지급된 질병과 동일한 지급사유인 경우(이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 전일 이전에 진단 확정되어 보험금 지급사

유가 발생되더라도 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.

- ⑤ 보험수익자와 회사가 제6조(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.

[의료법 제3조(의료기관)]

- ① 이 법에서 ‘의료기관’이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 ‘의료업’이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원
 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제8조 【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 해친 결과 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

[약관용어 설명]

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제9조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] ‘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 가 지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험 수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - 1. 소송제기
 - 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 - 3. 수사기관의 조사
 - 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험 수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 - 6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제11조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전

알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제12조(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.
- ⑥ 제23조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제4관 특약의 성립과 유지

제14조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 만료 후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ③ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 간편가입형인 경우 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형인Ⅱ 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
 3. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능
- ④ 피보험자에게 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
 4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제4항 제4호의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 :

가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ⑥ 제4항 제4호의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제10조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약채결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제15조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다

음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 특약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우, 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우
3. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 1형(간편가입형) 및 2형(간편가입형II)으로 가입시에 한함)

제16조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 ‘갱신 전 계약’이라 합니다)의 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 암보장개시일로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제17조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[보험수익자 변경 관련 설명]

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하“전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제19조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 제14조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유

2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야 합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제20조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제19조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보 험 료 의 납 입

제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자

에게 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4~36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖춘 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4~36조(통신판매시 준수사항)

① ~ ② (생략)

- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.
1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명 장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
 3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖춘 것
 4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제24조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한

- 사항을 증명하는 서류'를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
 - ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
 - ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 - ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

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

제25조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하

며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 반환하여 드립니다.

제26조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기 타 사 항

제27조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
항암방사선 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암방사선치료’를 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암방사선치료’를 받았을 때	50만원 (최초 1회한)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암방사선치료’를 받았을 때	10만원 (각각 최초 1회한)
항암약물 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았을 때	50만원 (최초 1회한)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았을 때	10만원 (각각 최초 1회한)

- 주) 1. 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일 이후에 이미 보험금을 지급한 질병과 동일한 지급사유인 경우(이미 보험금을 지급한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
2. 1.에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 전일 이전에 진단 확정되어 보험금 지급사유가 발생되더라도 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일로부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없

을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.

3. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.
4. 이 특약의 ‘암보장개시일’은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 ‘암보장개시일’은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
5. 이 특약의 피보험자가 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

[별표 2]

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26 ^{※3)}
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 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 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수성유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

3. '소화기관의 악성신생물(C15~C26)'의 경우 이 특약 제3조('암' 등의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 '대장점막내암'은 '암'에서 제외됩니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘기타피부암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 4]

갑상선의 악성신생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘갑상선암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
항암방사선 치료자금 및 항암약물 치료자금 (제6조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제25조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제10조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

표적항암약물허가치료특약 | 갱신형, 무배당_H 약관 [1형(간편가입형), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

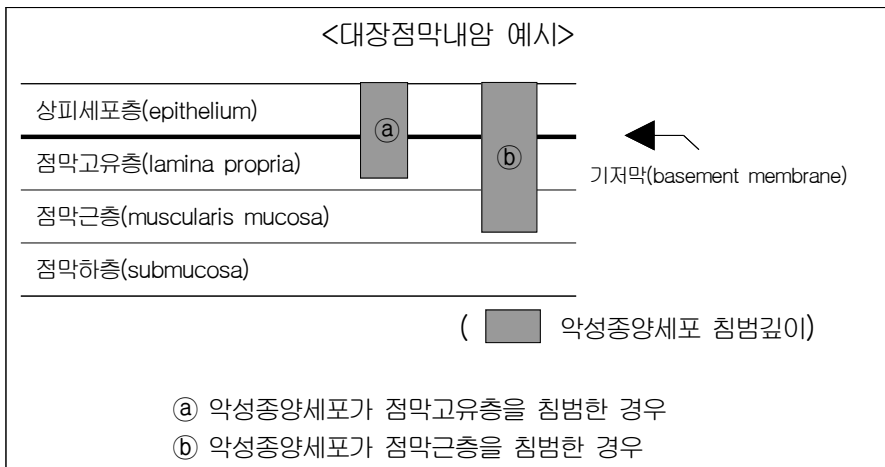
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율(갱신계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
2. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 암보장개시일 : 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 ‘암보장개시일’은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
 - 나. 갱신일 : 이 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말하고, ‘기타피부의 악성신생물(분류번호 C44)’, ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’, 제4항에서 정한 ‘대장점막내암’ 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 ‘암’에 포함되지 않습니다.
- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 3] ‘기타 피부의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 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.



- ⑤ ‘암’ 및 ‘기타피부암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자

에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. ‘암’ 및 ‘기타피부암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑥ ‘갑상선암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. ‘갑상선암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑦ ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 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. ‘대장점막내암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제5항 내지 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

■ 진단이 가능하지 않을 때 예시

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

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건의로 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

[유 의 사 항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C44(기타 피부의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C44(기타 피부의 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.
- C61(전립선의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 【‘항암약물치료’의 정의】

이 특약에서 ‘항암약물치료’는 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭스, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조 【‘표적항암제’ 및 ‘표적항암약물허가치료’의 정의】

- ① 이 특약에서 ‘표적항암제’란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품분류번호 ‘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 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 ‘표적항암제’의 범위에서 제외됩니다.

[약관용어 설명]

- **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.
- **세포독성 항암제** : 세포독성 항암제란, 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.
- **생물학적 반응 조절제** : 생물학적 반응 조절제란, 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제를 말합니다.

- ② 이 특약에서 ‘표적항암약물허가치료’라 함은 제4조(‘항암약물치료’의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’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 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

[약관용어 설명]

- **암질환심의위원회(중증질환심의위원회)** : 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

['안전성과 유효성 인정 범위' 확인 방법]

- 식품의약품안전처 허가 내 '효능효과' 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>)
- 의약품등 정보 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 '효능효과', '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)' 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 제도정책 - 약제기준정보
- 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

['표적항암제' 해당 의약품명 및 성분명 안내]

'표적항암제'에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 '표적항암제'에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <부록 1>에 기재하고 있습니다. 다만, <부록 1> 상 열거되어 있더라도 투약 처방 시점에 허가최소 등의 사유로 인정받지 못한 의약품은 보장대상에서 제외됩니다. 자세한 사항은 보험약관 <부록 1>의 내용을 확인하시기 바랍니다.

- 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.

제6조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '암보장개시일'(단, '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'의 경우 보장개시일) 이후에 '암', '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 '암', '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 '표적항암약물허가치료'를 받았을 때에는 보험수익자에게 '표적항암약물허가치료자금'([별표 1] '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다.)

제7조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 제3조('암' 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 '암'으로 진단이 확정되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에도 이 특약

의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제4항 제3호의 경우에는 이 특약은 소멸합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 피보험자에게 제1항의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 납입면제사유인 경우(이미 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입면제 사유가 발생되더라도 보험료 납입면제사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 최초계약의 경우 ‘암보장개시일’(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 이후에 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하였을 때에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 보험기간 중 ‘암보장개시일’(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 이후에 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’ 중 어느 하나에 대하여 ‘표적항암약물허가치료자금’을 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- ⑦ 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘표적항암약물허가치료자금’은 ‘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.

['안전성과 유효성 인정 범위' 변경(추가) 예시: 의약품의 '효능효과' 추가 허가]

√ 의약품 품목허가

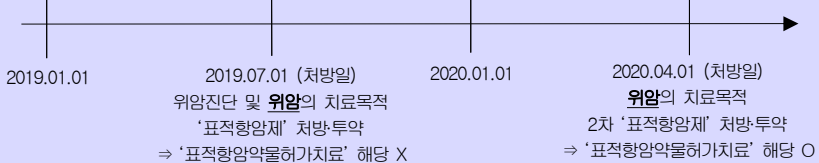
- 분류번호: 421(항악성종양제)
- 효능효과: 유방암의 치료

보장제외

√ 효능효과 추가 허가

- 효능효과: 유방암, 위암의 치료

보장



⑧ 제6조(보험금의 지급사유)의 '표적항암약물허가치료를 받았을 때'는 '표적항암제'를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조('표적항암제' 및 '표적항암약물허가치료'의 정의) 제3항에서 정한 '안전성과 유효성 인정 범위'가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 '안전성과 유효성인정 범위' 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

['안전성과 유효성 인정 범위' 변경(삭제) 예시: 의약품의 '효능효과' 허가 취소]

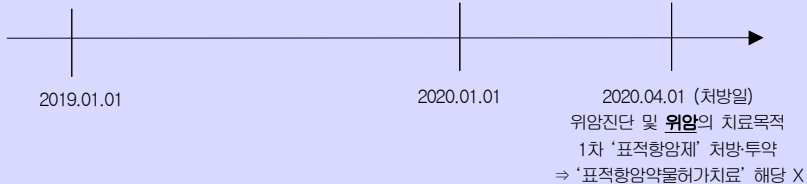
√ 의약품 품목허가

- 분류번호: 421(항악성종양제)
- 효능효과: 유방암, 위암의 치료

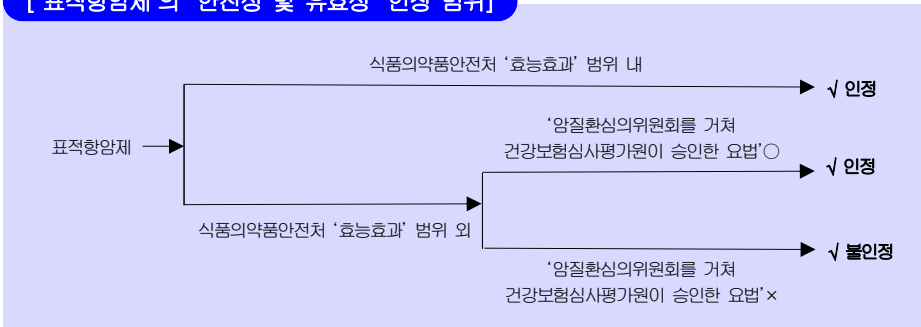
√ 효능효과 허가 취소

- 효능효과: 유방암의 치료
(위암의 치료 허가 취소)

보장제외



['표적항암제'의 '안전성 및 유효성' 인정 범위]



- ⑨ 보험수익자와 회사가 제6조(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.
- ⑩ 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.

[의료법 제3조(의료기관)]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
- 1.의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 - 2.조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 - 3.병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<항후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제8조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 결과 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나, 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에 해당하는 때에는 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

【약관용어 설명】

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제9조 【보험금 등의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입) 등)
 3. 표적항암약물허가치료 증명서
 - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)
(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㄱ. 진단명
 - ㄴ. 투약한 약제의 제품명
 - ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법’ 사용 여부
 - ㅁ. 기타 회사에서 보험금 지급을 위해 필요로 하는 서류
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 투약기록지 및 진료기록지
 - 다. 외래처방조제의 경우 의사 처방전, 약제비 계산서 및 진료기록지
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 표적항암약물허가치료 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 계약자는 제1항의 서류 중 보험료 납입면제와 관련된 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

제10조 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] ‘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 가 지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험 수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - 1. 소송제기
 - 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 - 3. 수사기관의 조사
 - 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험 수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 - 6. 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제9항 및 제10항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제11조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전

알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
 - ④ 제12조(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.
 - ⑥ 제23조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제14조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 만료 후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ③ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 간편가입형인 경우 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
 3. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능
- ④ 피보험자에게 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘표적항암약물허가치료자금’의 지급사유가 발생한 경우
 4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제4항 제4호의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

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

- ⑥ 제4항 제4호의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급 기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
- **실종선고** : 어떤 사람의 생사불명의 상대가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약채결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제15조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.

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

1. 특약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우
3. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 1형(간편가입형) 및 2형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)

제16조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 ‘갱신 전 계약’이라 합니다)의 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 ‘암보장개시일’로 하며, 회사는 그날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제17조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[보험수익자 변경 관련 설명]

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하“전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제19조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 제14조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유

2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
 - ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
 - ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
 - ⑪ 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
 - ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제20조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제19조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제5관 보험료의 납입

제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자

에게 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖춘 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

① ~ ② (생략)

③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖춘 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제24조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사방법 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

【 약관용어 설명 】

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

제25조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 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 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제26조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기 타 사 항

제27조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
표적 항암약물 허가 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ (단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 이후에 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘표적항암약물허가치료’를 받았을 때 (최초 1회에 한함)	1,000만원 (단, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%지급)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 ‘암’으로 진단이 확정되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 1.에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 피보험자에게 1.의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 납입면제사유인 경우 (이미 보험료 납입을 면제한 질병의 중앙세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
4. 3.에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도 보험료 납입면제사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일로부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
5. 최초계약의 경우 ‘암보장개시일’(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 이후 계약일로부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하였을 때에는 최초계약의 계약일로부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당보험금을 지급합니다.
6. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.
7. 이 특약의 ‘암보장개시일’은 최초계약의 경우 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하

는 경우의 ‘암보장개시일’은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

8. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
9. 보험기간 중 ‘암보장개시일’(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 이후 피보험자에게 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’ 중 어느 하나에 대하여 ‘표적항암약물허가치료자금’을 최초 1회에 한하여 지급합니다.
10. 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘표적항암약물허가치료자금’은 ‘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.
11. 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘표적항암약물허가치료를 받았을 때’는 ‘표적항암제’를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조(‘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.
12. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26 ^{※3)}
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 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 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수성유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
3. ‘소화기관의 악성신생물(C15~C26)’의 경우 이 특약 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

제4항에서 정한 ‘대장점막내암’은 ‘암’에서 제외됩니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

기타 피부의 악성신 생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘기타피부암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
기타 피부의 악성신 생물	C44

- 주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 4]

갑상선의 악성신 생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘갑상선암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
갑상선의 악성신 생물	C73

- 주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
표적항암약물 허가치료자금 (제6조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제25조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년이내 : 평균공시이율의 50% -1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제10조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 ‘청구일’은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

[부록 1]

표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내

- ① 아래 안내장은 보험약관 제5조에서 정한 ‘표적항암제’에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
- ② 아래 ‘표적항암제’ 해당 의약품명 및 성분명은 2023년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 ‘표적항암제’ 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- ③ 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

[의약품명과 성분명]

- 성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭’을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘표적항암제’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아베마시클립 Abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
2	아칼라브루티닙 Acalabrutinib	칼퀸스캡슐100밀리그램(아칼라브루티닙)
3	아파티닙이말레산염 Afinitinib Dimaleate	지오텍정20밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오텍정30밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오텍정40밀리그램(아파티닙이말레산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
4	애플리버셉트 Aflibercept	잘트랩주 25mg/mL(애플리버셉트)
5	알렉티닙염산염(미분화) Alectinib Hydrochloride Micronized	알레센자캡슐 150밀리그램(알렉티닙염산염)
6	알펠리십 Alpelisib	피크레이정 50밀리그램(알펠리십)
		피크레이정 150밀리그램(알펠리십)
		피크레이정 200밀리그램(알펠리십)
7	아미반타맵 Amivantamab	리브리반트주(아미반타맵)
8	레날리도마이드무수물 Anhydrous Lenalidomide	레날리드정(레날리도마이드)
9	애시미닙염산염 Asciminib Hydrochloride	셈블릭스정 20밀리그램(애시미닙염산염)
		셈블릭스정 40밀리그램(애시미닙염산염)
10	아테졸리주맵 Atezolizumab	티쎌트릭주(아테졸리주맵)
11	아벨루맵 Avelumab	바벤시오주(아벨루맵)
12	엑시티닙 Axitinib	인라이타정 1밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정 5밀리그램(엑시티닙)
13	벨주티판 Belzutifan	웰리렉정(벨주티판)
14	베바시주맵 Bevacizumab	아바스틴주(베바시주맵)
		온베브지주(베바시주맵)
		자이라베브주(베바시주맵)
		아림시스주(베바시주맵)
		베그젤마주(베바시주맵)(단클론항체, 유전자재조합)
15	블리나투모맵 Blinatumomab	블린사이토주 35마이크로그램(블리나투모맵, 유전자재조합)
16	보르테조밍일수화물 Bortezomib Monohydrate	화이자보르테조밍주 3.5밀리그램(보르테조밍일수화물)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
17	보르테조미프삼합체 Bortezomib Trimer	벨케이드주(보르테조미프삼합체)
		테조벨주(보르테조미프삼합체)
		프로테조미프주(보르테조미프삼합체)
		벨킨주3.5밀리그램(보르테조미프삼합체)
		보테벨주3.5밀리그램(보르테조미프삼합체)
		테조민주3.5밀리그램(보르테조미프삼합체)
		벨킨주2.5밀리그램(보르테조미프삼합체)
		벨조미프주3.5밀리그램(보르테조미프삼합체)
		벨조미프주1밀리그램(보르테조미프삼합체)
		프로테조미프주2.5밀리그램(보르테조미프삼합체)
		테조민주2.5밀리그램(보르테조미프삼합체)
18	보수티닙일수화물 Bosutinib Monohydrate	보솔리프정100밀리그램(보수티닙일수화물)
		보솔리프정400밀리그램(보수티닙일수화물)
		보솔리프정500밀리그램(보수티닙일수화물)
19	브렌톡시맙베도틴 Brentuximab Vedotin	애드세트리스주(브렌톡시맙베도틴)
20	브리가티닙 Brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
21	카보잔티닙(S)-말산염 Cabozantinib (S)-malate	카보메텍스정60밀리그램(카보잔티닙)
		카보메텍스정40밀리그램(카보잔티닙)
		카보메텍스정20밀리그램(카보잔티닙)
22	카프마티닙염산염일수화물 Capmatinib Hydrochloride Hydrate	타브렉타정150밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
		타브렉타정200밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
23	카르필조미프 Carfilzomib	키프롤리스주60밀리그램(카르필조미프)
		키프롤리스주30밀리그램(카르필조미프)
24	세미플리맙 Cemiplimab	리브타요주(세미플리맙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
25	세리티닙 Ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
26	세톡시맙 Cetuximab	얼비톡스주 5mg/mL (세톡시맙)
27	실타캅타젠오토류셀 Ciltacaptagene Autoleucel	카빅티주(실타캅타젠오토류셀)
28	크리조티닙 Crizotinib	젤코리캡슐200밀리그램(크리조티닙)
		젤코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
29	다브라페닙메실산염(미분화) Dabrafenib Mesylate Micronized	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
30	다코미티닙수화물 Dacomitinib Hydrate	비짐프로정15밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정45밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정30밀리그램(다코미티닙수화물)
31	다라투무맙 Daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
		다잘렉스피하주사(다라투무맙)
32	다사티닙 Dasatinib	스프라이셀정70밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정50밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정20밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정100밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
33	도스탈리맙 Dostarlimab	젬퍼리주(도스탈리맙)
34	더발루맙 Durvalumab	임핀지주(더발루맙)
35	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐75밀리그램(엔코라페닙)
36	엔포투맙베도틴 Enfortumab Vedotin	파드셉주20밀리그램(엔포투맙베도틴)
		파드셉주30밀리그램(엔포투맙베도틴)
37	엔트렉티닙 Entrectinib	로즐리트렉캡슐100밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐200밀리그램(엔트렉티닙)
38	얼다피티닙 Erdafitinib	발베사정3밀리그램(얼다피티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		발베사정4밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정5밀리그램(얼다피티닙)
39	엘로티닙염산염 Erlotinib Hydrochloride	타세바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타세바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타세바정25밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)
		엘로세타정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로세타정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타세원정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타세원정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염)
40	에베로리무스 Everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정5밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정10mg(에베로리무스)
		에리니토정5밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정2.5밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정5밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정10밀리그램(에베로리무스)
41	페드라티닙염산염수화물(미분화) Fedratinib dihydrochloride monohydrate	인레빅캡슐(페드라티닙염산염수화물)
42	게피티니브 Gefitinib	이레사정(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		스펙사정250밀리그램(게피티니브)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		레피사정(게피티니브)
		제피티닙정250밀리그램(게피티니브)
		이레티닙정250밀리그램(게피티니브)
43	겔투주맙오조가마이신 Gemtuzumab Ozogamicin	마일로탁주4.5밀리그램(겔투주맙오조가마이신)
44	길테리티닙 푸마르산염 Gilteritinib fumarate	조스파타정40밀리그램(길테리티닙 푸마르산염)
45	이브루티닙 Ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
46	이매티닙메실산염 Imatinib Mesylate	글리백필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키백필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키백필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어백정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코백정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어백정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코백정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
47	이노투주맙오조가마이신 Inotuzumab Ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
48	이필리무맙 Ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합) 여보이주50밀리그램/10밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)
49	이사톡시맙 ISATUXIMAB/ISATUXI MAB	살클리사주(이사톡시맙)
50	악사조밋시트레이트 Ixazomib Citrate	닌라로캡슐2.3밀리그램(악사조밋시트레이트) 닌라로캡슐3밀리그램(악사조밋시트레이트) 닌라로캡슐4밀리그램(악사조밋시트레이트)
51	라파티닙 디토실레이트 Lapatinib Ditosylate Monohydrate	타이커브정250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
52	라로트렉티닙황산염 Larotrectinib sulfate	비트락비캡슐25밀리그램(라로트렉티닙황산염) 비트락비캡슐100밀리그램(라로트렉티닙황산염) 비트락비액(라로트렉티닙황산염)
53	레이저티닙메실산염일수화물 Lazertinib Mesylate Monohydrate	렉라자정80밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
54	레날리도마이드 Lenalidomide	레날도캡슐5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐25mg(레날리도마이드) 레날도캡슐15mg(레날리도마이드) 레날도캡슐10mg(레날리도마이드) 레블리킨캡슐25밀리그램(레날리도마이드) 레블리킨캡슐15밀리그램(레날리도마이드) 레블리킨캡슐10밀리그램(레날리도마이드) 레블리킨캡슐5밀리그램(레날리도마이드) 레블리킨캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
55	레날리도마이드반수화	레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	물 Lenalidomide Hemihydrate	레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
56	레날리도마이드수화물 Lenalidomide Hydrate	레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
57	렌바티닙메실산염 Lenvatinib Mesylate	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
58	롤라티닙 Lorlatinib	로비큐아정25밀리그램(롤라티닙)
		로비큐아정100밀리그램(롤라티닙)
59	미도스타우린 Midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
60	모보서티닙숙신산염 Mobocertinib Succinate	엑스키비티캡슐40밀리그램(모보서티닙숙신산염)
61	모가물리주맙 Mogamulizumab	포텔리지오주20밀리그램(모가물리주맙)
62	네라티닙말레산염 Neratinib Maleate	너링스정(네라티닙말레산염)
63	닐로티닙염산염일수화물 Nilotinib Hydrochloride Monohydrate	타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐50밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
64	니라파립토실산염일수화물 Niraparib Tosylate Monohydrate	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
65	니볼루맵(유전자재조합) Nivolumab (rDNA)	옵디보주100mg(니볼루맵, 유전자재조합)
		옵디보주20mg(니볼루맵, 유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맵, 유전자재조합)
66	오비누투주맵 Obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맵, 유전자재조합)
67	올라파립 Olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)
		린파자정150밀리그램(올라파립)
		린파자정100밀리그램(올라파립)
68	오시머티닙메실산염 Osimertinib Mesylate	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
69	팔보시클립 Palbociclib	입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		입랜스정75밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정125밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정100밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐75밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐100밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐125밀리그램(팔보시클립)
70	파조파닙염산염 Pazopanib Hydrochloride	보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
71	펄브롤리주맵 Pembrolizumab	키트루다주(펄브롤리주맵, 유전자재조합)
72	페미가티닙 Pemigatinib	페마자이레정13.5밀리그램(페미가티닙)
		페마자이레정9밀리그램(페미가티닙)
		페마자이레정4.5밀리그램(페미가티닙)
73	퍼투주맵 Pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맵)
74	퍼투주맵, 트라스투주맵 Pertuzumab/Trastuzumab	페스코피하주사600/600밀리그램(퍼투주맵/트라스투주맵)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		페스코피하주사1200/600밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
75	폴라투주맙 베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주(폴라투주맙베도틴)
76	포말리도마이드 Pomalidomide	포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
77	포나티닙 염산염 Ponatinib Hydrochloride	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
78	프랄세티닙분무건조분 산체 Pralsetinib Spray Dried Dispersion	가브레토캡슐100밀리그램(프랄세티닙)
79	라도티닙염산염 Radotinib Hydrochloride	슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
80	라우시루맙 Ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터(라우시루맙, 유전자재조합)
81	레고라페닙일수화물 Regorafenib Monohydrate	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
82	리보시클립숙신산염 Ribociclib succinate	키스칼리정200밀리그램(리보시클립숙신산염)
83	리톡시맙 Rituximab	맙테라주(리톡시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		맙테라피하주사(리톡시맙)(유전자재조합)
		트록시마주(리톡시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
84	록소리티닙인산염 Ruxolitinib Phosphate	자카비정20밀리그램(록소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(록소리티닙인산염)
		자카비정5밀리그램(록소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(록소리티닙인산염)
85	사시투주맙고비테칸 sacituzumab govitecan	트로델비주(사시투주맙고비테칸)
86	셀리넥서	엑스포비오정20밀리그램(셀리넥서)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	Selinexor	
87	셀 퍼카티닙 Selpercatinib	레테브모캡슐80밀리그램(셀 퍼카티닙) 레테브모캡슐40밀리그램(셀 퍼카티닙)
88	실룩시맙 (단클론항체, 유전자재조합) Siltuximab (Monoclonal Antibody, rDNA)	실반트주100밀리그램(실룩시맙, 유전자재조합) 실반트주400밀리그램(실룩시맙, 유전자재조합)
89	소라페닙토실레이트(미 분화) Sorafenib Tosylate Micronized	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분 화)) 소라닙정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분 화))
90	소토라십 Sotorasib	루마크라스정120밀리그램(소토라십)
91	수니티닙말산염 Sunitinib Malate	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염) 수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염) 수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
92	타파시타맙 Tafasitamab	민쥬비주(타파시타맙)
93	탈라조파립토실산염 Talazoparib Tosylate	탈제나캡슐1밀리그램(탈라조파립토실산염) 탈제나캡슐0.25밀리그램(탈라조파립토실산염)
94	테클리스타맙 Teclistamab	텍베일리주153mg(테클리스타맙) 텍베일리주30mg(테클리스타맙)
95	템시롤리무스 Temsilolimus	토리셀주(템시롤리무스)
96	테포티닙염산염수화물 Tepotinib hydrochloride hydrate	템메코정225밀리그램(테포티닙염산염수화물)
97	탈리도마이드 Thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램 탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드) 탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드) 탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드) 탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
98	티라브루티닙염산염 Tirabrutinib hydrochloride	베렉스브루정80밀리그램(티라브루티닙염산염)
99	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)
100	트라메티닙디메틸설폭 시드(미분화) Trametinib Dimethyl Sulfoxide Micronized	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
101	트라스투주맵 Trastuzumab	허셉틴주150밀리그램(트라스투주맵)(단클론항체, 유전자재조합)
		허쥬마주150mg(트라스투주맵)(단클론항체, 유전자재조합)
		허쥬마주440mg(트라스투주맵)(단클론항체, 유전자재조합)
		허셉틴주440밀리그램(트라스투주맵)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맵)
		삼페넷주150밀리그램(트라스투주맵)
		오기브리주150밀리그램(트라스투주맵)
		삼페넷주440밀리그램(트라스투주맵)
		투젠타주150밀리그램(트라스투주맵)
		투젠타주440밀리그램(트라스투주맵)
102	트라스투주맵데록스테 칸 Trastuzumab deruxtecan	엔허투주100mg(트라스투주맵데록스테칸)
103	트라스투주맵엠탄신 Trastuzumab Emtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맵엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맵엠탄신)
104	트레멜리우맵 Tremelimumab/Tremelimumab	이유도주(트레멜리우맵)
105	반데타닙 Vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
106	베무라페닙고체분산체 Vemurafenib Solid Dispersions	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
107	베네토클락스 Venetoclax	벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
108	자누브루티닙 Zanubrutinib	브루킨사캡슐80밀리그램(자누브루티닙)

[부록 2]

특약 가입자를 위한 표적항암제 및 표적항암약물치료 관련 안내사항

아래의 안내사항은 ‘표적항암제’ 및 ‘표적항암약물치료’에 대한 일반적인 내용으로, 신규 담보에 대한 보험계약자의 이해를 돕기 위한 정보제공 및 법령상의 설명의무 이행 목적으로 작성되었습니다.

Q1) 표적항암약물치료란 무엇인가요? 일반적인 항암약물치료와는 어떻게 다른가요?

- ☞ 암의 성장과 진행에 관여하는 특정한 분자의 활동을 방해하여 암이 성장하고 퍼지는 것을 막는 약제를 “표적항암제”라고 하고, 이러한 “표적항암제”를 사용하여 치료하는 것을 “표적항암약물치료”라고 합니다.
- ☞ 표적항암약물치료는 세포독성항암제를 사용하는 기존 항암약물치료에 비해 정상 세포의 손상을 최소화하며, 기존 치료법에 비해 생존율을 향상시킨다는 여러 연구 결과가 발표되고 있습니다.

Q2) 표적항암약물치료는 만능 치료법인가요?

- ☞ 표적항암약물치료는 몇몇 암종의 치료에서는 패러다임을 변화시켰지만 절대 만능 치료법이 아닙니다.
 - ① 표적항암약물치료에 사용되는 표적항암제는 암세포가 가진 특정한 물질(분자)를 표적하여 암세포를 공격하고 이를 통해 치료의 효과를 나타낼 수 있도록 만들어졌습니다. 이 특정한 물질(분자)를 표적하여 암세포를 공격하는 방법은 각 표적항암제의 작용 기전에 따라 다양합니다. 따라서 표적항암약물치료를 하기 위해서는 각 표적항암제가 작용하는 특정 표적인자에 대한 검사가 필요하며, 검사결과 및 그 외 임상 정보 등을 고려하여 처방을 받을 수 있습니다.
 - ② 표적항암약물치료는 표적항암제 가격이 다른 일반항암제에 비해 상대적으로 고가(高價)이므로 많은 치료 비용을 요합니다.
 - ③ 표적항암약물치료는 치료 효과를 지속적으로 유지하기 위해 장기적인 투약을 필요로 합니다.
 - ④ 표적항암약물치료는 암에 내성이 생기는 경우 효과가 감소될 수 있습니다.

Q3) 모든 환자가 표적항암약물치료를 받을 수 있는 건가요?

- ☞ 표적항암약물치료는 이름에서도 알 수 있듯, 암세포가 가진 특정 분자를 표적 하여 암 세포를 공격하고 이를 통해 치료의 효과가 발현됩니다. 그러나 같은 종류의 암을 진단 받은 환자라고 하더라도, 이 특정한 표적 인자가 나타나는 환자가 있고 그렇지 않은 환자도 있습니다.
- ☞ 표적항암약물치료에 사용되는 표적항암제의 처방은 치료를 통해 충분한 치료의 효과가 기대되는 표적인자 보유 환자에게만 이뤄집니다. 따라서 암의 치료 선택 과정에서 해당 전문의는 환자가 어떤 표적 인자를 보유하고 있는지를 확인하고, 처방을 결정할 수 있습니다.

Q4) 표적항암약물치료는 부작용이 없는 건가요?

- ☞ 어떤 치료 방법이든 부작용이 전혀 없을 수는 없습니다. 표적항암약물치료도 기존 항암 약물치료보다는 부작용이 적지만 경우에 따라 특유의 부작용이 발생할 수 있으며, 환자마다 체감하는 정도가 다를 수 있습니다.
- ☞ 표적항암약물치료의 대표적인 부작용으로는 피부발진, 발열 및 오한, 메스꺼움 및 구토, 설사 또는 변비, 부종, 관절통 및 근육통 등이 있습니다. 처방 전 표적항암약물치료로 유발될 수 있는 부작용은 반드시 전문의의 자문을 통해 확인하고 투약하여야 합니다.

Q5) 암종별로 어떤 표적항암제를 처방 받을 수 있나요?

- ☞ 암종별로 주로 처방되는 표적항암제는 아래의 표와 같습니다. 아래의 내용은 대표적인 암종 및 성분·의약품만을 기재한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 표적항암제 해당여부는 반드시 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

암의 종류	대표 성분명(국문·영문)	대표 의약품명(국문·영문)
폐암	게피티니브 Gefitinib	이레사 Iressa
	엘로티닙 Erlotinib	타세바 Tarceva
	아파티닙 Afatinib	지오텍립 Gilotrif
	크리조티닙 Crizotinib	젤코리 Xalkori
	베바시주맙 Bevacizumab	아바스틴 Avastin
	세톡시맙 Cetuximab	세톡시맙 Cetuximab
유방암	트라스투주맙 Trastuzumab	허셉틴 Herceptin
	라파티닙 Lapatinib	타이커브 Tykerb
	퍼투주맙 Pertuzumab	퍼제타 Perjeta

	트라스투주맙 엠탄신 Trastuzumab emtansine	캐싸일라 Kadcyla
위암	트라스투주맙 Trastuzumab	허셉틴 Herceptin
	라우시루맙 Ramucirumab	사이람자 Cynamza
대장암	베바시주맙 Bevacizumab	아바스틴 Avastin
	세톡시맙 Cetuximab	얼비투스 Erbitux
	레고라페닙 Regorafenib	스티바가 Stivaga
간암	소라페닙 Sorafenib	넥사바 Nexavar
	레고라페닙 Regorafenib	스티바가 Stivaga
	렌바티닙 Lenvatinib	렌비마 Lenvima
신장암	수니티닙 Sunitinib	수텐 Sutenet
	소라페닙 Sorafenib	넥사바 Nexavar
	파조파닙 Pazopanib	보트리엔트 Votrient
	엑시티닙 Axitinib	인라이타 Inlyta
	에베로리무스 Everolimus	아피니토 Afinitor
	베바시주맙 Bevacizumab	아바스틴 Avastin
	템시롤리무스 Temsirolimus	토리셀 Torisel
방광암	아테졸리주맙 Atezolizumab	티센트릭 Tecentriq
갑상선암	소라페닙 Sorafenib	넥사바 Nexavar
	반데타닙 Vandetanib	카프렐사 Caprelsa
	렌바티닙 Lenvatinib	렌비마 Lenvima
췌장암	엘로티닙 Erlotinib	타세바 Tarceva
두경부암	세톡시맙 Cetuximab	얼비투스 Erbitux
위장관기질 종양 (연조직육종)	이매티닙 Imatinib	글리벡 Gleevec
	수니티닙 Sunitinib	수텐 Sutent
	파조파닙 Pazopanib	보트리엔트 Votrient
	레고라페닙 Regorafenib	스티바가 Stivarga
	올라라투맙 Olaratumab	라트루보 Lartruvo
뇌종양 (교모세포종)	베바시주맙 Bevacizumab	아바스틴 Avastin

※ 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약

품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

[의약품명과 성분명]

- 성분명은 ‘효능·효과를 발현시키는 물질의 명칭’을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 표적항암제 해당여부는 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

특정항암호르몬약물허가치료특약 | 갱신형, 무배당_H 약관

[1형(간편가입형), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율(갱신계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
2. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 암보장개시일 : 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 ‘암보장개시일’은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
 - 나. 갱신일 : 이 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

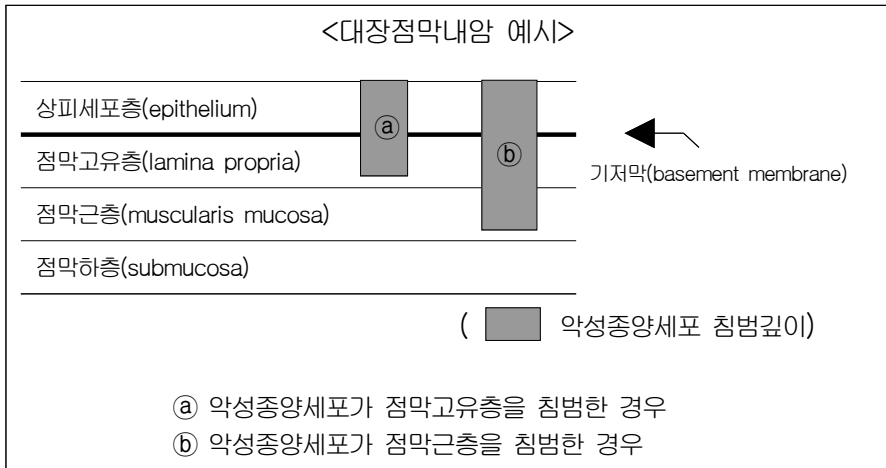
제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘대상이 되는 악성신생물 분류

표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말하고, ‘기타피부의 악성신생물(분류번호 C44)’, ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’, 제2항에서 정한 ‘대장점막내암’ 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 ‘암’에 포함되지 않습니다.

- ② 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 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.



- ③ ‘암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 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. ‘암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

■ 진단이 가능하지 않을 때 예시

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

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

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건으로 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

[유 의 사 항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C44(기타 피부의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C44(기타 피부의 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.
- C61(전립선의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 【‘항암약물치료’의 정의】

이 특약에서 ‘항암약물치료’는 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의

‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조 【‘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.
- ② 이 특약에서 ‘특정항암호르몬약물허가치료’라 함은 제4조(‘항암약물치료’의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘암’의 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

[약관용어 설명]

- **암질환심의위원회(중증질환심의위원회)** : 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

[‘안전성과 유효성 인정 범위’ 확인 방법]

- 식품의약품안전처 허가 내 ‘효능효과’ 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>)
- 의약품등 정보 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 ‘효능효과’, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관

에 한함)’ 확인

: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 제도정책 - 약제기준정보
- 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

【‘특정항암호르몬치료제’ 해당 의약품명 및 성분명 안내】

‘특정항암호르몬치료제’에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 ‘특정항암호르몬치료제’에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <부록 1>에 기재하고 있습니다. 다만, <부록 1> 상 열거되어 있더라도 투약 처방 시점에 허가취소 등의 사유로 인정받지 못한 의약품은 보장대상에서 제외됩니다. 자세한 사항은 보험약관 <부록 1>의 내용을 확인하시기 바랍니다.

- 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.

제6조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘특정항암호르몬약물허가치료’를 받았을 때에는 보험수익자에게 ‘특정항암호르몬약물허가치료자금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다.)

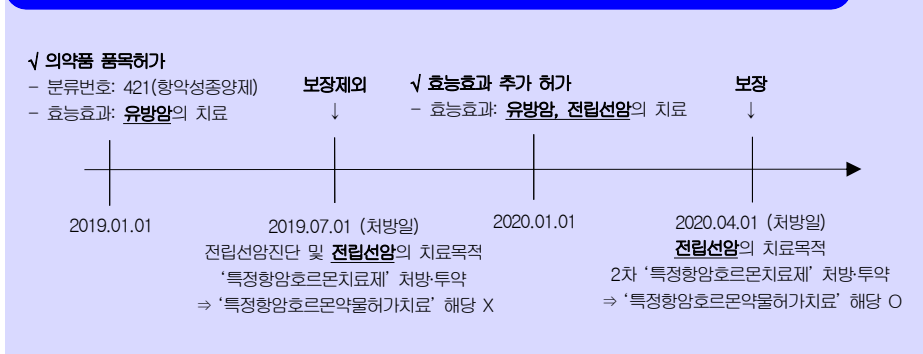
제7조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 '암'으로 진단이 확정되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제4항 제3호의 경우에는 이 특약은 소멸합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 피보험자에게 제1항의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일

(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 납입면제 사유인 경우(이미 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이 된 경우를 말합니다) 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입면제 사유가 발생되더라도 보험료 납입면제사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 최초계약의 경우 ‘암보장개시일’ 이후 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하였을 때에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘특정항암호르몬악물허가치료자금’은 ‘특정항암호르몬치료제’를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질 환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원(항후 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.

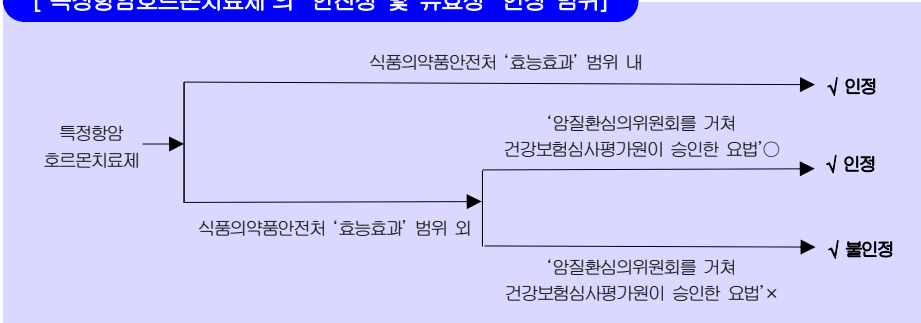
['안전성과 유효성 인정 범위' 변경(추가) 예시: 의약품의 '효능효과' 추가 허가]



- ⑦ 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘특정항암호르몬악물허가치료를 받았을 때’는 ‘특정항암 호르몬치료제’를 처방 받고 악물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조(‘특정항암호르몬치료제’ 및 ‘특정항암호르몬악물허가치료’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 합

니다.

['특정항암호르몬치료제'의 '안전성 및 유효성' 인정 범위]



- ⑧ 보험수익자와 회사가 제6조(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.
- ⑨ 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.

[의료법 제3조(의료기관)]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 - 1.의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 - 2.조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 - 3.병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<항후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제8조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 결과 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나, 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에 해당하는 때에는 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

【 약관용어 설명 】

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제9조 【보험금 등의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청

구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입) 등)
 3. 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
 - 가. 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㄱ. 진단명
 - ㄴ. 투약한 약제의 제품명
 - ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법’ 사용 여부
 - ㅁ. 기타 회사에서 보험금 지급을 위해 필요로 하는 서류
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 투약기록지 및 진료기록지
 - 다. 외래처방조제의 경우 의사 처방전, 약제비 계산서 및 진료기록지
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 특정항암호르몬약물허가치료 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 계약자는 제1항의 서류 중 보험료 납입면제와 관련된 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

제10조 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대 전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 3] ‘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 가 지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험 수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - 1. 소송제기
 - 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 - 3. 수사기관의 조사
 - 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험 수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 - 6. 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제8항 및 제9항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 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 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제11조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제12조(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.
- ⑥ 제23조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제14조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 간편가입형인 경우 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
 3. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능
- ③ 제1항에 따라 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 만료 후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ④ 피보험자에게 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘특정항암호르몬약물허가치료자금’의 지급사유가 발생한 경우
 4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제4항 제4호의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

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

- ⑥ 제4항 제4호의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급 기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제15조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료

(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 특약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우
3. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 1형(간편가입형) 및 2형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)

제16조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 ‘갱신 전 계약’이라 합니다)의 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 ‘암보장개시일’로 하며, 회사는 그날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제17조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[보험수익자 변경 관련 설명]

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하“전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제19조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 제14조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유

2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제20조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제19조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보 험 료 의 납 입

제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자

에게 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4~36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖춘 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4~36조(통신판매시 준수사항)

① ~ ② (생략)

③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖춘 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<항후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제24조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 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 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사방법 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

【 약관용어 설명 】

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

제25조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 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 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제26조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기 타 사 항

제27조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
특정 항암호르몬약 물허가 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘특정항암호르몬약물허가치료’를 받았을 때 (최초 1회에 한함)	50만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%지급)

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 ‘암’으로 진단이 확정되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 1.에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 피보험자에게 1.의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 납입면제사유인 경우(이미 보험료 납입을 면제한 질병의 중앙세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
4. 3.에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입면제 사유가 발생되더라도 보험료 납입면제사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
5. 최초계약의 경우 ‘암보장개시일’ 이후 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하였을 때에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당보험금을 지급합니다.
6. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.
7. 이 특약의 ‘암보장개시일’은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 ‘암보장개시일’은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
8. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.

다.

9. 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘특정항암호르몬약물허가치료자금’은 ‘특정항암호르몬치료제’를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 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. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
10. 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘특정항암호르몬약물허가치료를 받았을 때’는 ‘특정항암호르몬치료제’를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조(‘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.
11. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26 ^{주3)}
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 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 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

3. ‘소화기관의 악성신생물(C15~C26)’의 경우 이 특약 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 ‘대장점막내암’은 ‘암’에서 제외됩니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
특정항암 호르몬약물 허가치료자금 (제6조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제25조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제10조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

[부록 1]

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내

- ① 아래 안내장은 보험약관 제5조에서 정한 ‘특정항암호르몬치료제’에 대하여 보험가입자의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
- ② 아래 ‘특정항암호르몬치료제’ 해당 의약품명 및 성분명은 2023년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 ‘특정항암호르몬치료제’ 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- ③ 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과の内容을 통해 확인하실 수 있습니다.

[의약품명과 성분명]

- 성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘특정항암호르몬치료제’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론아세테이트(미분화) Abiraterone Acetate Micronized	자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
		아비테론정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아나스트로졸 Anastrozole	아리미덱스정(아나스트로졸)
		아나스토정(아나스트로졸)
		테바아나스트로졸정1밀리그램
		에이덱스정(아나스트로졸)
3	아팔루타마이드 Apalutamide	얼리다정(아팔루타마이드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
4	비칼루타미드 Bicalutamide	카소텍스정(비칼루타미드)
		비카소정(비칼루타미드)
		카소비트정(비칼루타미드)
		프로카텍스정(비칼루타미드)
		비카루드정(비칼루타미드)
		프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드)
		프로세이드정(비칼루타미드)
		칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드)
		칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드)
		테바비칼루타마이드정50밀리그램
		카텍스정(비칼루타미드)
5	비칼루타미드(미분화) Bicalutamide micronized	피엠에스비칼루타미드정50밀리그램(비칼루타미드(미분화))
6	시프로테론아세테이트 Cyproterone Acetate	안드로쿨정(시프로테론아세테이트)
7	다로루타마이드 Darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타마이드)
8	데가렐릭스 Degarelix	퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스)
		퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
9	엔잘루타마이드 Enzalutamide	엑스탄디연질캡슐40mg(엔잘루타마이드)
10	에스트라머스틴인산 나트륨수화물 Estramustine Sodium Phosphate Hydrate	에스트라시트캡슐140밀리그램(에스트라머스틴인산 나트륨수화물)
11	엑스메스탄 Exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
12	fulvestrant Fulvestrant	파슬로덱스주(fulvestrant)
		fulvestrant주(fulvestrant)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
13	고세렐린아세트산염 Goserelin Acetate	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염)
		졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
14	레트로졸 Letrozole	페마라정(레트로졸)
		브레트라정(레트로졸)
		레나라정(레트로졸)
		파누엘정2.5밀리그램(레트로졸)
		테바레트로졸정2.5밀리그램
15	류프로렐린아세트산염 Leuporelin Acetate	로렐린주사액(류프로렐린아세트산염)
		로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염)
		루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염)
16	류프로렐린아세트산염 Leuporelin Acetate/Needle	루프린디피에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
17	메드록시프로게스테론아세테이트 Medroxyprogesterone Acetate	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
18	메게스트롤아세테이트 Megestrol Acetate	메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트)
		메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
19	타목시펜시트르산염 Tamoxifen Citrate	타목센정20밀리그램(타목시펜시트르산염)(수출명: Tamooex Tabs.20mg, Xifen Tabs.20mg, Gyra xen Tabs.20mg)
		타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염)
		광동타목시펜정(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스디정(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스정(타목시펜시트르산염)
20	트립토헤린아세트산염 Triptorelin Acetate	데카펩틸-데포(트립토헤린아세트산염)
		데카펩틸주0.1밀리그램(트립토헤린아세트산염)
		디페렐린피알3.75밀리그램주(트립토헤린아세트산염)
21	트립토헤린파모산염 Triptorelin Pamoate	디페렐린피알주11.25밀리그램(파모산트립토헤린)
		디페렐린에스알주22.5밀리그램(트립토헤린파모산염)

[부록 2]

특약 가입자를 위한 특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물치료 관련 안내사항

아래의 안내사항은 ‘특정항암호르몬치료제’ 및 ‘특정항암호르몬약물치료’에 대한 일반적인 내용으로, 신규 담보에 대한 보험계약자의 이해를 돕기 위한 정보 제공 및 법령상의 설명의무 이행 목적으로 작성되었습니다.

Q1) 특정항암호르몬약물치료란 무엇인가요?

☞ 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 호르몬 관련 약제를 “특정 항암호르몬치료제”라고 하고, 이러한 “특정항암호르몬치료제”를 사용하여 치료하는 것을 “특정항암호르몬치료”라고 합니다.

Q2) 암종별로 어떤 특정항암호르몬치료제를 처방 받을 수 있나요?

☞ 암종별로 주로 처방되는 특정항암호르몬치료제는 아래의 표와 같습니다. 아래의 내용은 대표적인 암종 및 성분·의약품만을 기재한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 특정항암호르몬치료제 해당여부는 반드시 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

암의 종류	대표 성분명(국문·영문)	대표 의약품명(국문·영문)
전립선암	아비라테론 Abiraterone	자이티가 Zytiga
	비칼루타미드 Bicalutamide	카소덱스 Casodex
	다로루타마이드 Darolutamide	뉴베카 Nubeqa
	데가렐릭스 Degarelix	퍼마곤 Firmagon
	엔잘루타마이드 Enzalutamide	엑스탠디 Xtandi
	에스트라머스틴 Estramustine	에스트라 Estra
유방암	타목시펜 Tamoxifen	놀바덱스 Nolvadex
	엑스메스탄 Exemestane	아로마 Aroma
	풀베스트란트 Fulvestrant	파슬로덱스 Faslodex
	레트로졸 Letrozole	페마라 Femara
신장암	메드록시프로게스테론	파루탈 Farlutal

	Medroxyprogesterone	
자궁내막암	메게스트롤 Megestrol	메게시아 Megesia

※ 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

[의약품명과 성분명]

- 성분명은 ‘효능·효과를 발현시키는 물질의 명칭’을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 특정항암호르몬치료제 해당여부는 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

항암양성자방사선치료특약 |갱신형,무배당|_H 약관

[1형(간편가입형), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율(갱신계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
2. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 암보장개시일 : 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
 - 나. 갱신일 : 이 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

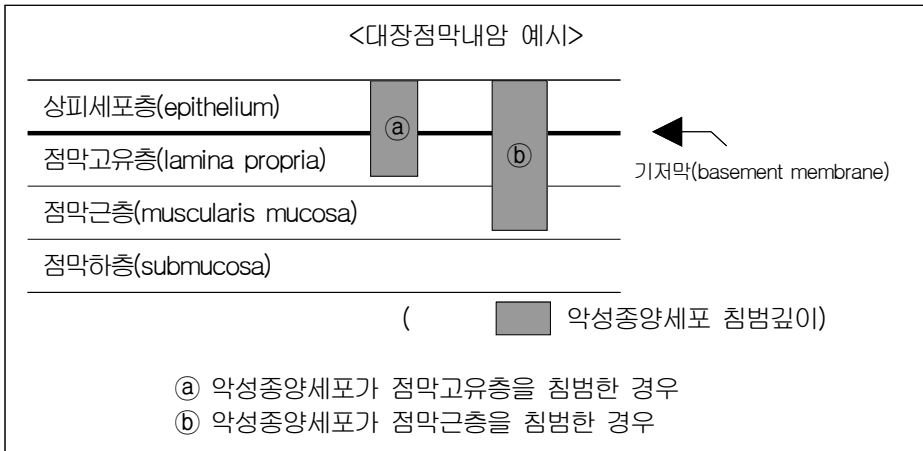
제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘대상이 되는 악성신생물 분

류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말하고, ‘기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)’, ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’, 제4항에서 정한 ‘대장점막내암’ 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 ‘암’에 포함되지 않습니다.

- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 3] ‘기타 피부의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 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.



- ⑤ ‘암’ 및 ‘기타피부암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 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. ‘암’ 및 ‘기타피부암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ ‘갑상선암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

‘갑상선암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑦ ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 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. ‘대장점막내암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제5항 내지 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

■ 진단이 가능하지 않을 때 예시

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

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C44(기타 피부의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C44(기타 피부의 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.
- C61(전립선의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 【‘항암방사선치료’의 정의】

이 특약에서 ‘항암방사선치료’는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제5조 【‘항암양성자방사선치료’의 정의】

“항암양성자방사선치료”라 함은 제4조(‘항암방사선치료’의 정의)에서 정한 “항암방사선치료” 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’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.

제6조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단이 확정되거나, ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암양성자방사선치료’를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 ‘항암양성자방사선치료자금’([별표1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다).

제7조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 ‘암’으로 진단이 확정되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에도 이 특약

의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제4항 제3호의 경우에는 이 특약은 소멸합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 피보험자에게 제1항의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 납입면제사유인 경우(이미 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입면제 사유가 발생되더라도 보험료 납입면제사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부턴 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 최초계약의 경우 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 계약일부턴 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하였을 때에는 최초계약의 계약일부턴 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 이후에 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’ 중 어느 하나에 대하여 ‘항암양성자방사선치료자금’을 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제6조(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.
- ⑧ 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.

[의료법 제3조(의료기관)]

- ① 이 법에서 ‘의료기관’이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 ‘의료업’이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원
 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제8조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 결과 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나, 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에 해당하는 때에는 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

[약관용어 설명]

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제9조 【보험금 등의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 항암방사선치료확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 계약자는 제1항의 서류 중 보험료 납입면제와 관련된 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

제10조 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대 전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. . 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] ‘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 가 지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험 수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - 1. 소송제기
 - 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 - 3. 수사기관의 조사
 - 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험 수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 - 6. 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제7항 및 제8항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제11조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

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

- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당하는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제12조(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.
- ⑥ 제23조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제4관 특약의 성립과 유지

제14조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 만료 후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ③ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 간편가입형인 경우 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
 3. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능
- ④ 피보험자에게 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다.)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘항암양성자방사선치료자금’의 지급사유가 발생한 경우
 4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제4항 제4호의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

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

- ⑥ 제4항 제4호의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급 기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제15조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.

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

1. 특약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우
3. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 1형(간편가입형) 및 2형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)

제16조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 ‘갱신 전 계약’이라 합니다)의 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 ‘암보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제17조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[보험수익자 변경 관련 설명]

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하“전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제19조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 제14조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유

2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제20조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제19조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제5관 보험료의 납입

제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자

에게 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4~36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4~36조(통신판매시 준수사항)

① ~ ② (생략)

- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명 장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제24조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반

- 한 사항을 증명하는 서류'를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
 - ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
 - ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 - ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

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

제25조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제26조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7 관 기타사항

제27조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

금 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
항암양성자 방사선치료 자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 이후에 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암양성자방사선치료’를 받았을 때	1,000만원 (최초 1회한) (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%지급)

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 ‘암’으로 진단이 확정되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 1.에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 피보험자에게 1.의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 납입면제사유인 경우(이미 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
4. 3.에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도 보험료 납입면제사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
5. 최초계약의 경우 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하였을 때에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
6. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.
7. 이 특약의 ‘암보장개시일’은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)

하는 경우의 ‘암보장개시일’은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

8. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
9. 보험기간 중 암보장개시일(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 이후 피보험자에게 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’ 중 어느 하나에 대하여 ‘항암양성자방사선치료자금’을 최초 1회에 한하여 지급합니다.
10. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

[별표 2]

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26 ^{※3)}
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 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 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수성유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
3. ‘소화기관의 악성신생물(C15~C26)’의 경우 이 특약 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정)

제4항에서 정한 ‘대장점막내암’은 ‘암’에서 제외됩니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

기타 피부의 악성신 생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘기타피부암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
기타 피부의 악성신 생물	C44

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 4]

갑상선의 악성신 생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘갑상선암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
갑상선의 악성신 생물	C73

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 5]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제25조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
함양양성자 방사선 치료자금 (제6조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제25조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년이내 : 평균공시이율의 50% -1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 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 적용시 제10조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

항암세기조절방사선치료특약 |갱신형,무배당|_H 약관 [1형(간편가입형), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율(갱신계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
2. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 암보장개시일 : 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
 - 나. 갱신일 : 이 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

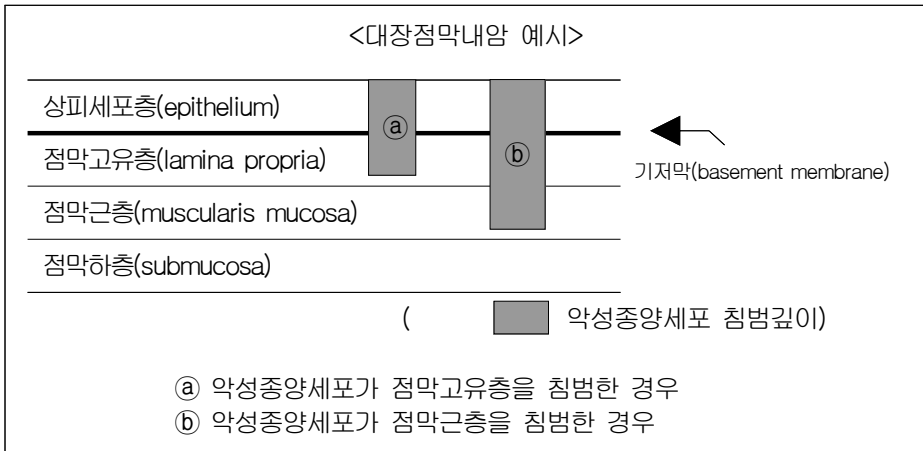
제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘대상이 되는 악성신생물 분

류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말하고, ‘기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)’, ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’, 제4항에서 정한 ‘대장점막내암’ 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 ‘암’에 포함되지 않습니다.

- ② 이 특약에서 ‘기타피부암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 3] ‘기타 피부의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 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.



- ⑤ ‘암’ 및 ‘기타피부암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 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. ‘암’ 및 ‘기타피부암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ ‘갑상선암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

‘갑상선암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑦ ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 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. ‘대장점막내암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제5항 내지 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

■ 진단이 가능하지 않을 때 예시

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

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C44(기타 피부의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상

세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C44(기타 피부의 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.
- C61(전립선의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 【‘항암방사선치료’의 정의】

이 특약에서 ‘항암방사선치료’는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제5조 【‘항암세기조절방사선치료’의 정의】

이 특약에서 ‘항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)’는 제4조(‘항암방사선치료’의 정의)에서 정한 ‘항암방사선치료’ 중, 피보험자의 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘세기조절방사선치료법(방사선 조사 방향을 수심배까지 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.

제6조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단이 확정되거나, ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암세기조절방사선치료’를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 ‘항암세기조절방사선치료자금’([별표1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다).

제7조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 ‘암’으로 진단이 확정되었을 때에는 이 특약의 차회 이

후의 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에도 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제4항 제3호의 경우에는 이 특약은 소멸합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 피보험자에게 제1항의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 납입면제사유인 경우(이미 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입면제 사유가 발생되더라도 보험료 납입면제사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 최초계약의 경우 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하였을 때에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 이후에 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’ 중 어느 하나에 대하여 ‘항암세기조절방사선치료자금’을 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제6조(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.
- ⑧ 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.

[의료법 제3조(의료기관)]

- ① 이 법에서 ‘의료기관’이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 ‘의료업’이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원
 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원 「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제8조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 결과 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나, 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제1

항에서 정한 보험료 납입면제 사유에 해당하는 때에는 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

[약관용어 설명]

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제9조 【보험금 등의 청구】

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

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 항암방사선치료확인서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 계약자는 제1항의 서류 중 보험료 납입면제와 관련된 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

제10조 【보험금 등의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대 전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] ‘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 가 지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험 수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - 1. 소송제기
 - 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 - 3. 수사기관의 조사
 - 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험 수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 - 6. 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제7항 및 제8항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제11조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위

반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제12조(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.
- ⑥ 제23조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제4관 특약의 성립과 유지

제14조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 만료 후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ③ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 간편가입형인 경우 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
 3. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능
- ④ 피보험자에게 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘항암세기조절방사선치료자금’의 지급사유가 발생한 경우
 4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제4항 제4호의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

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

- ⑥ 제4항 제4호의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급 기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제15조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.

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

1. 특약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우
3. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 1형(간편가입형) 및 2형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)

제16조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 ‘갱신 전 계약’이라 합니다)의 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 ‘암보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제17조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[보험수익자 변경 관련 설명]

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하“전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제19조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 제14조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유

2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제20조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제19조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제5관 보험료의 납입

제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자

에게 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4~36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖춘 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4~36조(통신판매시 준수사항)

- ① ~ ② (생략)
- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.
1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
 3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖춘 것
 4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제24조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한

- 사항을 증명하는 서류'를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
 - ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
 - ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 - ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

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

제25조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하

며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제26조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항

제27조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
항암세기 조절방사선 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 이후에 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암세기조절방사선치료’를 받았을 때	1,000만원 (최초 1회한) (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%지급)

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 ‘암’으로 진단이 확정되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 1.에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 피보험자에게 1.의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 납입면제사유인 경우(이미 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
4. 3.에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도 보험료 납입면제사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
5. 최초계약의 경우 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하였을 때에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
6. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.
7. 이 특약의 ‘암보장개시일’은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 ‘암보장개시일’은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이

지난 날의 다음날로 합니다.

8. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
9. 보험기간 중 암보장개시일(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 이후 피보험자에게 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’ 중 어느 하나에 대하여 ‘항암세기조절방사선치료자금’을 최초 1회에 한하여 지급합니다.
10. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

[별표 2]

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26 ^{주3)}
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 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 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

3. ‘소화기관의 악성신생물(C15~C26)’의 경우 이 특약 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 ‘대장점막내암’은 ‘암’에서 제외됩니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

기타 피부의 악성신생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘기타피부암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘기타피부암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 4]

갑상선의 악성신생물 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘갑상선암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘갑상선암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 5]

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제25조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
항암세기조절 방사선 치료자금 (제6조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제25조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년이내 : 평균공시이율의 50% -1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제10조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

다빈치로봇암수술특약 |갱신형,무배당| 약관

[1형(간편가입형), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급금과 이자율 관련 용어
평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율(갱신계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
2. 보장 관련 용어
가. 세부보장 : 특약의 보장을 구성하기 위한 하위 보장단위로, 최초 가입할 때 계약자는 모든 세부보장을 가입하여야 합니다.
나. 세부보장 구성 : 이 특약의 세부보장은 총 2개로 세부보장1, 세부보장2로 구성되어 있습니다.
3. 기간과 날짜 관련 용어
가. 암보장개시일 : 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
나. 갱신일 : 이 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘대상이 되는 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘갑상선암’은 제1항에서 정의한 ‘암’ 중 한국표준질병·사인분류 중 ‘갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘전립선암’은 제1항에서 정의한 ‘암’ 중 한국표준질병·사인분류 중 ‘전립선의 악성신생물(분류번호 C61)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘일반암’은 제1항에서 정의한 ‘암’ 중 제2항에서 정의한 ‘갑상선암’과 제3항에서 정의한 ‘전립선암’을 제외한 암을 말합니다.
- ⑤ ‘암’ 및 ‘전립선암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 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. ‘암’ 및 ‘전립선암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ ‘갑상선암’의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. ‘갑상선암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑦ 제5항 내지 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘전립선암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

■ 진단이 가능하지 않을 때 예시

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

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침’에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C44(기타 피부의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C44(기타 피부의 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.
- C61(전립선의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 【‘수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘일반암’, ‘갑상선암’ 및 ‘전립선암’의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 해당분야의 의사·치과의사 또는 한의

사의 관리 하에 ‘일반암’, ‘갑상선암’ 및 ‘전립선암’으로 인한 치료를 직접목적으로 기구를 사용하여 생체(살아있는 사람의 몸)에 절단(특정부위를 잘라 내는 것), 절제(특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

[약관용어 설명]

- **‘치료를 직접목적으로’**란 피보험자가 해당 질환을 제거하거나 해당 질환의 증식을 억제하기 위한 치료로 한정되는 것이 아니라, 해당 질환 또는 질환의 성장으로 인하여 직접 발현되는 중대한 병적 증상을 호전시키기 위한 치료까지는 포함하지만, 해당 질환이나 해당 질환 치료로 인해 발생한 후유증을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 것은 포함하지 않습니다.
(대법원 2010.9.30. 선고 2010다40543 판결)

[의료법 제3조 및 제5조]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시

할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ② 제1항에서 ‘수술’은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경 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’에 포함되지 않습니다.
- ③ 제1항의 ‘수술’에는 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 포함되지 않습니다.
- ④ 이 특약에서 ‘항암방사선치료’는 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여

암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

- ⑤ 이 특약에서 ‘항암약물치료’는 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다.]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[약관용어 설명]

- **신의료기술평가위원회** : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

[의료법 제54조]

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 ‘위원회’라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

[약관용어 설명]

- **신경 BLOCK** : 지각신경이나 자율신경에 국소마취제나 신경파괴제를 주입하여 신경경로의 일부를 차단하는 방법으로 수술시 마취나 통증의 치료, 혈액순

환 개선 등에 사용하는 것

제5조 【‘다빈치로봇 암수술’의 정의】

- ① 이 특약에서 ‘다빈치로봇 암수술’이라 함은 ‘일반암’, ‘갑상선암’ 및 ‘전립선암’의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

분류항목	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci ®	QZ961

- ② 제1항의 ‘다빈치로봇 암수술’로 분류되는 수가코드는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따릅니다.
- ③ 제1항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 ‘다빈치로봇 암수술’을 받은 것으로 봅니다.

【약관용어 설명】

- **다빈치로봇 암수술** : 암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술 도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

제6조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① 제5조(‘다빈치로봇 암수술’의 정의) 제1항에서 정한 ‘다빈치로봇 암수술’이 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다) 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 하나에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정에 따라 ‘다빈치로봇 암수술’이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 ‘다빈치로봇 암수술’이 변경되어 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경의 15일 이전까지 서면(등기우편 등),

전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약의 내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 제7조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생당시의 ‘다빈치로봇 암수술’의 내용에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 법령의 개정으로 ‘다빈치로봇 암수술’의 내용이 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.
- ⑦ 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제6항의 규정을 준용합니다.

[약관용어 설명]

- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약채결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다

제7조 【보험금의 지급사유】

이 특약은 다음 각 호에 해당하는 총 2개의 세부보장(이하 ‘세부보장’이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 세부보장 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

1. 세부보장1

피보험자가 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘일반암’으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 ‘일반암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘다빈치로봇 암수술’을 받았을 때 (최초1회한) : 다빈치로봇 암수술자금1

2. 세부보장2

피보험자가 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’으로

진단 확정되고 보험기간 중 그 ‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘다빈치로봇 암수술’을 받았을 때 (최초 1회한, ‘전립선암’은 피보험자가 남성인 경우에 한함) : 다빈치로봇 암수술자금2

제8조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

- ① 최초계약의 경우 ‘암보장개시일’ 이후에 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일 부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신 계약의 경우에는 감액 하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특약의 보험기간 중 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터는 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 소멸됩니다.
- ③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ④ 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ⑤ ‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료’에 대하여는 제7조(보험금의 지급사유)의 ‘다빈치로봇 암수술자금’이 지급되지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제7조(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.
- ⑦ 계약자와 회사가 제3항 내지 제4항의 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.

제9조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 결과 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하고, 제8조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제3항 부터 4항에서 정한 보험료 납입면제 사유에 해당하는 때에는 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

[약관용어 설명]

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제10조 【보험금 등의 청구】

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

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 수술증명서, 진료비 세부내역서(수가코드(EDI) 포함), 조직검사결과지 등(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제11조 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 3] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'과 같이 계산합니다.

- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급일일 이내에 보험금을

지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가
지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험
수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해
당하는 경우를 제외하고는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터
30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보
험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제8조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에 따라 보험금 등 지급
사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라
회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항
및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰
서 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 설명
합니다.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경
우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요
로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리
라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합
니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게
서술된 것을 말합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

제12조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

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 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시) 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전

자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 세부보장가입금액 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 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.
- ⑥ 제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 ‘계약 전 알릴사항’에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

제4관 특약의 성립과 유지

제15조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험

- 기간 만료 후 제20조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
1. 주계약을 간편가입형으로 가입할 때 이 특약의 간편가입형만 선택 가능
 2. 주계약을 간편가입형Ⅱ으로 가입할 때 이 특약의 간편가입형Ⅱ만 선택 가능
 3. 주계약을 일반가입형으로 가입할 때 이 특약의 일반가입형만 선택 가능
- ④ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
 4. 피보험자에게 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ⑤ 이 특약의 보험기간 중 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터는 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 소멸됩니다.
- ⑥ 제4항의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑦ 제4항 제3호의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제11조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복

리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
- **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 결정을 말합니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제16조 【특약의 무효】

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
 1. 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
 2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 간편가입형 또는 간편가입형II으로 가입시에 한함)
- ② 다음에 해당되는 경우에는 해당 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 세부보장의 보험료를 반환하

지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약 대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 세부보장1

피보험자가 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 ‘일반암’으로 진단이 확정되는 경우

2. 세부보장2

피보험자가 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 ‘갑상선암’ 또는 동조 제3항에서 정한 ‘전립선암’으로 진단이 확정되는 경우

[약관용어 설명]

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

제17조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다. 다만, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제4항에서 정한 ‘일반암’, ‘갑상선암’ 및 ‘전립선암’에 대한 보장개시일은 ‘암보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제18조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제19조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[보험수익자 변경 관련 설명]

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 세부보장가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제4항에 따라 계약자가 이 특약의 세부보장가입금액을 감액하고자 할 때에는 동일한 감액비율로 모든 세부보장을 동시에 감액하여야 합니다.
- ⑥ 계약자가 세부보장가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑦ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 세부보장에 대한 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 - 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 - 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 - 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 - 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제20조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제23조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 제15조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
 1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용

3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등

- ⑦ 갱신계약의 세부보장가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑧ 제1항에도 불구하고, 이 특약을 갱신하는 경우 세부보장을 동시에 갱신하여야 합니다.
- ⑨ 제1항 및 제8항에도 불구하고, 이 특약의 보험기간 중 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 갱신되지 않으며, 나머지 세부보장에 대해서는 제1항 내지 제7항을 적용합니다.
- ⑩ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑪ 제10항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑫ 제10항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑬ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제21조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제20조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제5관 보험료의 납입

제22조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제23조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자

에게 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4~36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4~36조(통신판매시 준수사항)

① ~ ② (생략)

③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명 장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제24조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제17조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제25조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제25조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한

- 사항을 증명하는 서류'를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
 - ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
 - ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제26조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 - ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

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

제26조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 '산출방법서'에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급

금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 3] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제25조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 반환하여 드립니다.

제27조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항

제28조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(1) 세부보장1

(기준 : 세부보장가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
다빈치로봇 암수술자금1	피보험자가 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘일반암’으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 ‘일반암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘다빈치로봇 암수술’을 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

(2) 세부보장2

(기준 : 세부보장가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
다빈치로봇 암수술자금2	피보험자가 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’으로 진단 확정되고 보험기간 중 그 ‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘다빈치로봇 암수술’을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급하며, ‘전립선암’은 피보험자가 남성인 경우에 한함)	250만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 최초계약의 경우 ‘암보장개시일’ 이후에 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액 하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 이 특약의 ‘암보장개시일’은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 ‘암보장개시일’은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
3. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
5. 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후 피보험자에게 제7조(보험금의 지급사유) 제1

호에서 제2호의 보험금이 지급된 세부보장은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터는 더 이상 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 소멸됩니다.

6. 이 특약의 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장은 갱신되지 않습니다.
7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

대상이 되는 악성신생물 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘암’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘암’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	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. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43-C44
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. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73-C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘호스피스대상암’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제26조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
다빈치로봇 암수술자금1, 다빈치로봇 암수술자금2, (제7조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제26조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년이내 : 평균공시이율의 50% -1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제11조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

간병인사용입원특약 |갱신형,비갱신형,무배당_H 약관

[1형(간편가입형), 2형(간편가입형II), 3형(일반가입형)]

※ 이 특약은 1종(갱신형) 또는 2종(비갱신형) 중 계약자가 선택한 보종에 한하여 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급사유 관련 용어
가. 질병 및 재해 : ‘[별표 2] 질병 및 재해II 분류표’에서 정한 질병 및 재해를 말합니다.
2. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율(갱신계약의 경우 갱신시점의 이율)을 말합니다.
※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.
3. 갱신일 : 1종(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘요양병원’의 정의 및 ‘입원’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘요양병원’은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

- ② 이 특약에서 '입원'은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 및 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

[의료법 제3조 및 제5조]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.
- <향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

- ‘**치료를 직접목적으로**’란 피보험자가 해당 질환을 제거하거나 해당 질환의 증식을 억제하기 위한 치료로 한정되는 것이 아니라, 해당 질환 또는 질환의 성장으로 인하여 직접 발현되는 중대한 병적 증상을 호전시키기 위한 치료까지는 포함하지만, 해당 질환이나 해당 질환 치료로 인해 발생한 후유증을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 것은 포함하지 않습니다.
- (대법원 2010.9.30. 선고 2010다40543 판결)

제4조 【‘간병인’, ‘간병서비스’ 및 ‘간호·간병통합서비스’의 정의】

- ① 이 특약에서 ‘간병인’이라 함은 유상으로 ‘간병서비스’를 제공하는 활동을 하는자로서, 의료법 제3조 (의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 다만, 이 때 ‘사업자’는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국제표준업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」

등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이 때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

- ② 제1항의 ‘간병서비스’라 함은 의료기관에 입원한 피보호자를 위하여 간병인이 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제 3항에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외됩니다.

[‘간병서비스’의 주요내용]

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번기사용 보조 등

- ③ 이 특약에서 ‘간호·간병통합서비스’라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

의료법 제4조2 (간호·간병통합서비스 제공 등)

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 방문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① ‘간병인’의 정의 또는 ‘간호·간병통합서비스’의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정으로 ‘간호·간병통합서비스’가 폐지되어 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 2. 법령의 개정으로 ‘간병인’ 또는 ‘간호·간병통합서비스’의 정의가 변경되어 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 보장내용, 보험가입금액, 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 안내합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 회사는 계약자에게 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경일 시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특약은 그 때부터 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 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 입원간병인사용급여금(요양병원 제외)
요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1일 이상 계속하여 입원하여 간병인을 사용하였을 때(간병인 사용 1일당, 180일 한도)
2. 입원간병인사용급여금(요양병원)
요양병원에서 1일 이상 계속하여 입원하여 간병인을 사용하였을 때(간병인 사용 1일당, 180일 한도)
3. 입원간호·간병통합서비스사용급여금(요양병원 제외)
요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1일 이상 계속하여 입원하여 간호·간병통합서비스를 사용하였을 때(간호·간병통합서비스 사용 1일당, 180일 한도)

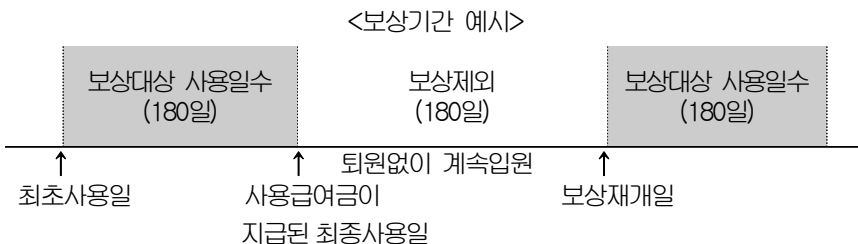
제7조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항은 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제2항의 1종(갱신형)에 적용됩니다. 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 2호의 ‘간병인을 사용하였을 때’는 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우를 말합니다.
- ④ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 입원간병인사용급여금(요양병원 제외)은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.
- ⑤ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 1회 입원당 사용일수는 각각 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 사용급여금의 지급이 갱신 전후에 계속되는

경우 그 사용일수는 갱신전후에 계속되는 총 사용일을 기준으로 1회 입원당 180일을 최고한도로 하여 계산합니다. 여기서, ‘사용일수’ 및 ‘사용일’은 각각 ‘간병서비스’와 ‘간호·간병통합서비스’의 사용일수 및 사용일을 말하고, ‘사용급여금’은 입원간병인사용급여금(요양병원 제외), 입원간병인사용급여금(요양병원) 및 입원간호·간병통합서비스사용급여금(요양병원 제외)을 말하며 이하 조항에도 동일하게 적용됩니다.

- ⑥ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호에 대해 피보험자가 동일한 질병 및 재해로 인하여 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 사용일수를 더하여 제5항을 적용합니다.
- ⑦ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에서 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 보고 각 사용일수를 더하여 제5항을 적용합니다.
- ⑧ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에서 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 보고 각 사용일수를 더하여 제5항을 적용합니다.
- ⑨ 제6조(보험금의 지급사유) 제3호에서 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 보고 각 사용일수를 더하여 제5항을 적용합니다.
- ⑩ 제6항에도 불구하고 동일한 질병 및 재해에 의한 입원이라도 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 사용급여금이 지급된 최종사용일의 다음날부터 180일이 지난 후 사용한 간병인 또는 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 사용으로 봅니다. 또한, 아래<보상기간 예시>와 같이 사용급여금이 지급된 최종사용일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에도 사용급여금이 지급된 최종사용일의 다음날부터 180일이 지난후 사용한 간병인 또는 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 사용으로 봅니다.



- ⑪ 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 당시 현재 입원중인 입원기간에 사용한 간병인 또는 간호·간병통합서비스에 대하여는 사용급여금을 지급합니다.
- ⑫ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호는 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날을 각 호 별로 각각 합산하여 적용하며, 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날에 대해서는 사용급여금을 지급하지 않습니다.

<사용급여금 사용일수 계산 예시>

- 최초 입원일 : 23년 4월 1일
- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간
: 23년 4월 3일부터 23년 6월 5일까지
- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 기간
: 23년 7월 3일부터 23년 8월 20일까지
- 입원간병인사용급여금(요양병원 제외) 사용일수 : 64일
- 입원간호·간병통합서비스사용급여금(요양병원 제외) 사용일수 : 49일
- ※ '실제 사용한 기간' 외의 입원기간에 대해서는 사용급여금을 지급하지 않습니다.

- ⑬ 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사, 치과의사 또는 한의사의 지시에 따르지 않은 때에는 사용급여금을 지급하지 않으며, 이미 사용급여금을 지급한 경우 제6조(보험금의 지급사유) 사용급여금의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

[입원기간 중 정당한 이유 없이 의사 등의 지시에 따르지 않는 사례]

피보험자가 입원기간 중 의사가 금지하는 음식물을 섭취하거나 의사의 지시에 따르지 않고 외출 등이 있는 경우

- ⑭ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 사용급여금을 지급하지 않습니다.
- ⑮ 제14항에도 불구하고 최초계약 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초 계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑯ 제15항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되

는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ⑰ 제23조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제15항의 최초계약청약일로 하여 적용합니다.
- ⑱ 보험수익자와 회사가 제6조(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.

제8조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

- ① 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 해친 결과 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

【약관용어 설명】

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제9조 【보험금 등의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료비세부내역서, 입·퇴원확인서, 의사처방전(처방조제비), 기타 간병인 사용 확인서 등)
- ② 제1항의 ‘기타 간병인 사용 확인서’는 다음 각 호의 서류를 말합니다.
 - 1. 입원간병인 사용확인서(회사양식)

2. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
 3. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
 - ④ 제6조(보험금의 지급사유) 제3호 입원간호·간병통합서비스사용급여금(요양병원 제외)에 해당하는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 제1항의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.
 - ⑤ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제10조 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가 지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30

영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다.)
 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. 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제18항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 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.

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제11조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【약관용어 설명】

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반했을 때에는 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무 위반으로 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 중대한과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

[약관용어 설명]

- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
 - ④ 제12조(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.

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

⑥ 제23조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

제 4 관 특약의 성립과 유지

제14조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다. 다만, 주계약이 갱신형일 경우에는 2종(비갱신형)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신형)
 2. 2종(비갱신형)
- ③ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 간편가입형인 경우 이 특약의 1형(간편가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
 3. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 3형(일반가입형)만 선택 가능
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 계약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우
이때 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제5항의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[약관용어 설명]

- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
- **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 결정을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ⑦ 제5항 제3호의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제15조 【특약의 무효】

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

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 1형(간편가입형) 또는 2형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)

【약관용어 설명】

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

제16조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제1항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제17조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제18조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【 보험수익자 변경 관련 설명 】

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제19조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제22조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 제14조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.

- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 등으로 안내하여 드립니다.
1. 제3항에 따라 갱신이 제한된 경우 그 제한 사유
 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
- ⑫ 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.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제20조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제19조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로

정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

① ~ ② (생략)

③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무

위반의 효과)가 적용됩니다.

- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제24조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제24조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 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 회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[약관용어 설명]

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

제25조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제26조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7관 기타사항

제27조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

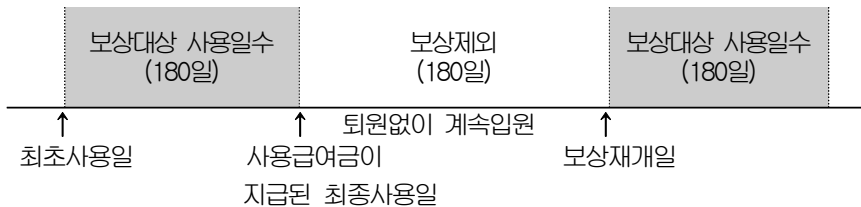
(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
입원간병인사용급여금 (요양병원 제외)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1일 이상 계속하여 입원하여 간병인을 사용하였을 때 (1회 입원당 간병인 사용일수 180일 한도)	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 사용일수 1일당 2.5만원
		간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 사용일수 1일당 5만원
입원간병인사용급여금 (요양병원)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속하여 입원하여 간병인을 사용할 경우 (1회 입원당 간병인 사용일수 180일 한도)	사용일수 1일당 1만원
입원간호·간병통합서비스 사용급여금 (요양병원 제외)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1일 이상 계속하여 입원하여 간호·간병통합서비스를 사용할 경우 (1회 입원당 간호·간병통합서비스 사용일수 180일 한도)	사용일수 1일당 1만원

- 주) 1. 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 2호의 ‘간병인을 사용하였을 때’는 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우를 말합니다.
2. 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 입원간병인사용급여금(요양병원 제외)은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

3. 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 1회 입원당 사용일수 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 사용급여금의 지급이 갱신 전후에 계속되는 경우 그 사용일수는 갱신전후에 계속되는 총 사용일을 기준으로 1회 입원당 180일을 최고한도로 하여 계산합니다. 여기서, '사용일수' 및 '사용일'은 각각 '간병서비스'와 '간호·간병통합서비스'의 사용일수 및 사용일을 말하며, 이하 조항에도 동일하게 적용됩니다.
4. 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호에 대해 피보험자가 동일한 질병 및 재해로 인하여 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 사용일수를 더하여 3.을 적용합니다.
5. 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에서 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 보고 각 사용일수를 더하여 3.을 적용합니다.
6. 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에서 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 보고 각 사용일수를 더하여 3.을 적용합니다.
7. 제6조(보험금의 지급사유) 제3호에서 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 보고 각 사용일수를 더하여 3.을 적용합니다.
8. 4.에도 불구하고 동일한 질병 및 재해에 의한 입원이라도 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 사용급여금이 지급된 최종사용일의 다음날부터 180일이 지난 후 사용한 간병인 또는 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 사용으로 봅니다. 또한, 아래<보상기간 예시>와 같이 사용급여금이 지급된 최종사용일부터 180일이 지나도록 되면 없이 계속 입원중인 경우에도 사용급여금이 지급된 최종사용일의 다음날부터 180일이 지난후 사용한 간병인 또는 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 사용으로 봅니다.

<보상기간 예시>



9. 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 당시 현재 입원중인 입원기간에 사용한 간병인 및 간호·간병통합서비스에 대하여는 사용급여금을 지급합니다.
10. 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호는 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날을 각 호 별로 각각 합산하여 적용하며, 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날에 대해서는 사용급여금을 지급하지 않습니다.

<사용급여금 사용일수 계산 예시>

- 최초 입원일 : 23년 4월 1일
- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간
: 23년 4월 3일부터 23년 6월 5일까지
- 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 기간
: 23년 7월 3일부터 23년 8월 20일까지

→ 입원간병인사용급여금(요양병원 제외) 사용일수 : 64일

→ 입원간호·간병통합서비스사용급여금(요양병원 제외) 사용일수 : 49일

※ '실제 사용한 기간' 외의 입원기간에 대해서는 사용급여금을 지급하지 않습니다.

[별표 2]

질병 및 재해II 분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

- ① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정하는 제1급감염병

[감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 (정의)]

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다.
다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.

가. 에볼라바이러스병	나. 마버그열	다. 라싸열
라. 크리미안콩고출혈열	마. 남아메리카출혈열	바. 리프트밸리열
사. 두창	아. 페스트	자. 탄저
차. 보툴리눔독소증	카. 야토병	타. 신종감염병증후군
파. 중증급성호흡기증후군(SARS)		하. 중동호흡기증후군(MERS)
거. 동물인플루엔자 인체감염증	너. 신종인플루엔자	더. 디프테리아
3. (생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해 분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00~F99)로 인한 질병 (다만, F00~F03, F05.1은 제외)
- ② 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우

⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

※ ()안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.

1. 1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’ 해당 여부를 판단합니다. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’ 해당여부는 피보험자가 진단(사고 발생)된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 진단(사고 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류번호가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 ‘질병 및 재해’ 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 ‘1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해 ②’에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

[별표 3]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
사용급여금 (제7조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후 부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후 부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제25조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평균공시이율의 50% -1년 초과 기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 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 적용시 제10조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

자궁근종 하이푸치료특약 |갱신형,무배당_H 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 지급금과 이자율 관련 용어

평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율(갱신계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)을 말합니다.

※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.nhlife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

2. 기간과 날짜 관련 용어

갱신일 : 이 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘자궁근종’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘자궁근종’은 통계청에서 고시한 한국표준질병·사인분류 중 ‘[별표 2] 자궁근종 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘자궁근종’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사 또는 한의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기

초로 하여 내려져야 합니다.

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이한 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

[의료법 제3조 및 제5조]

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제4조 【‘고강도초음파집속술(HIFU)’의 정의】

- ① 이 특약에서 정의하는 “고강도초음파집속술(HIFU)”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “고강도초음파집속술(HIFU)”이 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 “자궁근종”의 직접적인 치료를 목적으로 다음의 하나에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.
 1. 신체의 절개없이 환자의 체외에서 자기공명영상(MRI) 또는 초음파 유도하에 고강도초음파를 조사하여 종양을 응고괴사 시키는 의료행위
 2. ‘[별표3] 고강도초음파집속술(HIFU) 분류표’에서 정한 수가코드에 해당하는 의료행위

제5조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘자궁근종’으로 진단확정되고 보험기간 중 그 ‘자궁근종’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘고강도초음파집속술(HIFU)’을 받았을 때에는 보험수익자에게 약정한 ‘자궁근종 하이푸 치료자금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 1회에 한하여 지급)

제6조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액 하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제5조(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.

제7조 【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 해친 결과 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

[약관용어 설명]

- **심신상실** : 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제8조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료비세부내역서(수가코드 기재), 치료확인서, 수술확인서, 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] ‘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 가 지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융감독원 또는 한국소비자원 등이 있습니다)
 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. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

[보험금 지급일 예시]

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

[약관용어 설명]

- **보험금가지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 보험금입니다.
- **정당한 사유** : 불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제10조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【약관용어 설명】

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약을 할 때에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【 상법 제651조(고지의무 위반으로 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)

이 지났을 때

3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강 진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시) 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
 - ④ 제11조(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.
 - ⑥ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. [부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

[약관용어 설명]

- **계약전 알릴 의무 위반사례** : 계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 '계약 전 알릴사항'에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.
- **반대증거** : 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제13조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어지며, 주계약 약관(보험계약의 성립)에서 정한 기준에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 주계약 약관(보험계약의 성립)의 기준을 준용합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약을 체결하는 경우에는 '최초계약'이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간 만료 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 '갱신계약'이라 합니다.
- ③ 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
다만, 주계약의 보험금 지급사유로 인하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 특약의 보장이 유효한 경우 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환급금을 받은 경우
다만, 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 예외로 합니다.
 3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
 4. 피보험자에게 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ④ 제3항 제3호 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항 제3호의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 지급절차는 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제9조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 및 미경과보험료 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[약관용어 설명]

- **계약자적립액** : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다
- **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 결정을 말합니다.

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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제14조 【회사의 보장개시】

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제15조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 변경하여 드립니다. 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 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【 보험수익자 변경 관련 설명 】

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경 전에 발생한 보험사고에 대한 보험금을 청구할 수 없습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)

- ① 법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

상법 제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제17조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제20조(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 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일의 전일로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간이 끝나는 날이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날과 같은 경우
 2. 제13조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
- ④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 재계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.
- ⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑦ 회사는 다음 각 호에 해당하는 경우 각 해당 내용을 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시로 안내하여 드립니다.
1. 제3항에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유
 2. 제4항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
 3. 제5항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용 등
- ⑧ 제4항에 따라 약관이 변경된 경우 회사는 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제8항에 따라 자동갱신 의사를 확인하는 내용을 안내한 경우 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ⑩ 제8항에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 특약을 취소할 수 있습니다.
- ⑪ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우, 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 이와 관련하여 계약자에게 안내 및 설명을 하고 확인을 받아야합니다.
- ⑫ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않게

나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

[약관용어 설명]

- **보험요율** : 보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제18조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 동일합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료 또는 면제되었거나 주계약이 소멸되었다 하더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

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

하지 않습니다.

- ② 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 경우로서 보험수익자가 특정한 자로 지정된 경우에는 그 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제2항에 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 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 - 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 - 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 - 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 - 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 - 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

보험업감독규정 제4-36조(통신판매시 준수사항)

① ~ ② (생략)

③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 “전자적 상품설명장치”라 한다)를 활용할 수 있다.

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치 의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 주계약이 소멸된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 이 특약이 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 제1항 및 제3항에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제12조(계약 전

알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제22조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한 사항을 증명하는 서류’를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【약관용어 설명】

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

금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자 등은 해지를 요구 받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자 등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자 등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제23조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 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 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 반환하여 드립니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7관 기타사항

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
자궁근종 하이푸 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '자궁근종'으로 진단확정되고 보험기간 중 그 '자궁근종'의 치료를 직접적인 목적으로 '고강도초음파집속술(HIFU)'를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	200만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 최초계약의 계약일부터 '1년이 지난 계약 해당일 전일' 이전에 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

자궁근종 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 '자궁근종'은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 분류번호에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 분류에 따라 부여된 분류번호를 기준으로 이 약관에서 보장하는 '자궁근종' 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병명	분류번호
자궁의 평활근종	D25

- 주) 1. 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 '자궁근종' 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

고강도초음파집속술(HIFU) 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘고강도초음파집속술(HIFU)’은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 중 다음의 수가 코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

행위명	수가코드
자기공명영상유도 하 고강도초음파집속술(자궁근종)	RZ565
초음파 유도하 고강도초음파집속술(자궁근종, 자궁선근종)	RZ566

- ② 1항에도 불구하고 ‘고강도초음파집속술(HIFU) 분류표’에서 정한 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 ‘고강도초음파집속술(HIFU)’을 하였음을 확인할 수 있는 경우 ‘고강도초음파집속술(HIFU)’을 받은 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 ‘고강도초음파집속술(HIFU)’ 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.
- ④ 관련 법령의 등의 개정 등으로 ‘고강도초음파집속술(HIFU)’과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

[별표 4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
자궁근종 하이푸 치료자금 (제5조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년이내 : 평균공시이율의 50% -1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 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 적용시 제9조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

지정대리청구서비스특약 약관

제1 관 지정대리청구인의 지정

제1조 【지정대리청구인의 지정】

- ① 보험계약자(이하 보험계약자는 “계약자”라 합니다)는 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다) 및 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정(제2조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제3조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제2조 【지정대리청구인의 변경지정】

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(가족관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사표시의 확인방법 포함)

제2관 특약의 성립과 유지

제3조 【적용대상】

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

제4조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제3조(적용대상)의 보험계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3관 보험금 지급 등의 절차

제5조 【보험금의 지급절차】

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제3조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제3조(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.

제6조 【보험금의 청구】

- ① 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서 등 적용대상 주계약 및 특약 약관에서 정한 사고증명서)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 4 관 기타사항

제7조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

특별조건부특약 약관

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 특약은 보험계약과 관련해 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 보험계약에 부가됩니다.(이하 이 특약의 적용을 받는 주된 보험계약 또는 특약을 '해당계약'이라 합니다)

제2조 【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 주피보험자 : 피보험자 2명을 보장하는 보험계약에서 보험사고의 주된 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2 관 특약의 성립과 유지

제3조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 해당계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 해당계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 해당계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제4조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 해당계약의 피보험자(해당계약의 피보험자가 2인 이상일 경우에는 주피보험자)로 합니다.

제5조 【특약의 내용】

이 특약은 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않아 보험가입이 어려운 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제6조 【특약부가의 조건】

① 이 특약을 부가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한 가지의 방법으로 정합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률에 의한 보험료와 표준체보험료와의 차액을 특약보험료라 하며, 계약을 체결할 때 피보험자의 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입하는 방법입니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에 정한 보험금을 지급합니다.

표준체

신체적 또는 도덕적 위험 등 여러 가지로 보아 뚜렷한 결점이 없어서 보험가입이 거절되거나 보험료의 할증 및 보험금의 감액 등이 없는 정해진 위험의 범위 내에 있는 피보험자를 말합니다.

2. 보험금감액법

계약일부터 회사에서 정하는 삭감기간 내에 해당계약의 보험금지급사유가 발생한 경우에는 해당계약 약관에도 불구하고 이 특약에서 정한 삭감기간에 따라 다음과 같이 보험금을 지급하는 방법입니다.

가. 계단식감액법

경과기간	기준	삭감기간				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	해당계약에 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만		-	60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만		-	-	75%	60%	45%
3년이상 4년미만		-	-	-	80%	60%
4년이상 5년미만		-	-	-	-	80%

나. 평준식 보험금감액법

경과기간에 상관없이 전 삭감기간 동안 50%이상의 범위 내에서 회사가 정한 동일한 보험금 지급비율을 적용하여 보험금을 지급합니다.

그러나, 그 보험사고의 발생원인이 해당계약에서 정한 재해(이하 ‘재해’라 합니다)로 인하여 피보험자가 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 않고 해당계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다.

3. 나이가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 연령간의 차이를 연증수라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 피보험자의 위험수치가 실제 n세 높은 연령의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정할 때 “n년증”이라 칭하고 n세 높은 연령의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법(또는 할증보험료법)과 보험금감액법을 병용할 수 있습니다.

- ② 제1항 제1호에서 제4호의 규정에 따라 계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제7조 【특약내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 해당계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 제1항 및 해당계약 약관에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.
1. 보험종목 및 보험기간의 변경
 2. 보험료 납입기간의 변경
 3. 감액완납보험 또는 연장정기보험으로의 변경

감액완납보험

더 이상 보험료를 납입하지 않는 대신 해약환급금을 재원으로 당초 보험계약의 보험기간과 보험금 등의 지급조건은 변경하지 않고 보험가입금액만 감액하는 보험을 말합니다.

- ③ 계약자가 회사에서 정하는 바에 따라 해당계약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 이 특약도 동일 내용으로 감액하여 드립니다. 이때 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다. 다만, 해당계약의 보험가입금액을 감액하는 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

제8조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.

제 3 관 보험료의 납입

제9조 【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

- ① 이 특약의 보험료는 해당계약의 보험료 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 해당계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

제10조 【해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 해당계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 해당계약 약관의 부활(효력회복) 절차에 따라서 해당계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제9조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항을 따릅니다.

제 4 관 특약의 해지

제11조 【계약자의 임의해지】

계약자는 해당계약을 해지하는 경우에 한하여 해당계약과 함께 이 특약을 해지할 수 있으며 이 특약을 단독으로 해지할 수는 없습니다. 해당계약의 해지로 이 특약을 해지하는 경우 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계산된 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 5 관 기타사항 등

제12조 【해당계약 약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 해당계약 약관을 적용합니다.

특정 신체부위 · 질병보장제한부 인수특약 약관

제1조 【특약면책조건의 내용】

- ① 이 보험계약특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 주된 보험계약 또는 특약의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 사망으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다(이하 이 특약의 적용을 받는 주된 보험계약 또는 특약은 “해당계약”이라 합니다).
1. [별표1] “특정부위분류표” 중에서 회사가 지정한 부위(이하 “특정부위”라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병
2. [별표2] “특정질병분류표” 중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다)
- ② 제1항의 면책기간은 특정질병 또는 특정부위의 상태에 따라 「1개월부터 5년」 또는 「해당계약의 보험기간」으로 합니다. 다만, 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 경우 면책기간의 산정은 최초 계약일을 기준으로 하며, 「해당계약의 보험기간」은 최초 계약일로부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정 기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험업법 제97조 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2 제1항에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하 「유사계약」이라 합니다)이 계약 청약일 현재 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 면책기간 종료일 이내에서 계약의 면책기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(재진단·치료 등은 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원비, 수술비, 진단비 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 아니할 수 있습니다.

- ④ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 해당 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
1. 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우(다만, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
 2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
 3. 재해([별첨1] “재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)로 인하여 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
 4. 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년) 제1항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 인하여 추가적인 진단(단 순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없고, 청약일로부터 5년이 지난 이후 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우. 다만, 계약 청약일 현재 면책기간을 「해당계약의 보험기간」으로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않았다면 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.
- ⑤ 제4항 제4호의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
 2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
- ⑥ 제4항 제4호의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 해당계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제3조(효력상실된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활일을 청약일로 하여 제4항 및 제5항을 적용합니다.
- ⑧ 피보험자가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정

합니다.

- ⑩ 제1항의 특정부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제2조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 해당계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 해당계약을 체결한 후 계약전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약(또는 신청)과 회사의 승낙으로 해당계약에 부가하여 이루어 집니다.
- ② 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 병력(계약 전 알릴의무 사항에 해당하는 질병)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 혹은 질병 등으로 제한합니다.
- ③ 이 특약을 부가할 때에는 회사는 부담보 설정범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ⑤ 해당계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우 이 특약도 그 때부터 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑥ 해당계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
1. 이 특약 제1조(특약면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특약 제1조(특약면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제3조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 해당계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 해당계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 해당계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 해당계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제2조(특약의 성립 및 소멸) 제4항의 규정을 따릅니다.

제4조 【해당계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 해당계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표1]

특 정 부 위 분 류 표

분류번호	특정부위의 명칭
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16	안구 및 안구부속기 [안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)

분류번호	특정부위의 명칭
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

[별표2]

특 정 질 병 분 류 표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘특정질병’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 정하는 ‘특정질병’ 해당 여부를 판단합니다.

병 명	분류번호	세부내용
심장질환	I00~I02	급성 류마티스열
	I05~I09	만성 류마티스심장질환
	I20~I25	허혈심장질환
	I26~I28	폐성 심장병 및 폐순환의 질환
	I30~I52	기타 형태의 심장병
뇌혈관 질환	I60~I69	뇌혈관 질환
당뇨병	E10~E14	당뇨병
고혈압성 질환	I10~ I15	고혈압성 질환
결 핵	A15~A19, B90	결핵, 결핵의 휴유증
담석증	K 80	담석증
요로결석 증	N 20	신장 및 요관의 결석
	N 21	하부 요로의 결석
	N 22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
	N 23	상세불명의 신장 급통증
임신중독 증	O 11	만성 고혈압에 겹친 전자간
	O 12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨
	O 13	임신[임신-유발] 고혈압
	O 14	전자간
	O 15	자간
골관절증 및 류마티스 관절염	M 05	혈청검사 양성 류마티스 관절염
	M 06	기타 류마티스 관절염
	M 08	연소성 관절염
	M 15	다발관절증

병명	분류번호	세부내용
골관절증 및 류마티스 관절염	M 16	고관절증
	M 17	무릎관절증
	M 18	제1수근중수관절의 관절증
	M 19	기타 관절증
통풍	E 79	퓨린 및 피리미딘의 대사장애
	M 10	통풍
척추만곡증	M 40	척주후만증 및 척주전만증
	M 41	척주측만증
고지혈증	E 78	지질단백질 대사장애 및 기타 지질증
사시	H 49	마비성 사시
	H 50	기타 사시
	H 51	양안운동의 기타 장애
백내장	H 25	노년백내장
	H 26	기타 백내장
	H 27	수정체의 기타 장애
하지정맥류 (정맥염 포함)	I 80	정맥염 및 혈전정맥염
	I 83	하지의 정맥류
	I 87	정맥의 기타 장애
탈장 (음낭수종 포함)	K 40	사타구니탈장
	K 41	대퇴탈장
	K 42	배꼽탈장
	K 43	복벽탈장
	K 44	횡경막탈장
	K 45	기타 복부탈장
	K 46	상세불명의 복부탈장
	N 43	음낭수종 및 정맥류

병명	분류번호	세부내용
유산	N 96	습관적 유산자
	O 00	자궁외 임신
	O 01	포상기태
	O 02	기타 비정상적 수태부산물
	O 03	자연 유산
	O 04	의학적 유산
	O 05	기타 유산
	O 06	상세불명의 유산
	O 07	시도된 유산의 실패
	O 08	유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증
	O 20	초기임신중 출혈
복막의 질환	K 65	복막염
	K 66	복막의 기타 장애
	K 67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
골반염	N 70	난관염 및 난소염
	N 71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
	N 72	자궁경부의 염증성 질환
	N 73	기타 여성골반염증질환
	N 74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
골다공증	M 80	병적 골절을 동반한 골다공증
	M 81	병적 골절이 없는 골다공증
	M 82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
천식	J 45	천식
	J 46	천식지속 상태
자궁내막증	N 80	자궁내막증
자궁근종	D 25	자궁의 평활근종

※ 제10차 개정 이후 이 약관에서 정하는 ‘특정질병’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 정하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 정하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

장애인전용보험전환특약 약관

제1조 【특약의 적용범위】

- ① 이 특약은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 “전환대상계약”이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법 제59조의 4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【소득세법 제59조의 4(특별세액공제)】

- ① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.
1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
 2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

【소득세법 시행령 제118조의 4(보험료의 세액공제)】

- ① 소득세법 제59조의4제1항제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성 보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제로 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.
- ② 소득세법 제59조의4제1항제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[소득세법 시행규칙 제61조의 3(공제대상보험료의 범위)]

소득세법 시행령 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인인 보험

[소득세법 시행령 제107조의(장애인의 범위)]

- ① 소득세법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.
 1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
 2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
 3. 삭제
 4. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위 등)]

소득세법 시행령 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시

<이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 1>

피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

<이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 2>

보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

<이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 3>

피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다.
장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

- ② 전환대상계약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2조 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조 【제출서류】

- ① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, “장애인증명서”라 합니다)을 제출하여 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건

에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
- ④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조 【장애인전용보험으로의 전환】

- ① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

예시

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전(2019년 1월 15일~2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년6월1일~2019년12월31일) 납입된 보험료만 장애인전용 보장성보험으로 표시됩니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환의 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

예시

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다

- ④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제4조(전환의 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조 【전환의 취소】

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조 【해당계약 약관 규정의 준용】

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

[별첨 1]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

[감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 (정의)]

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)

2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다.

다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.

가. 에볼라바이러스병	나. 마버그열	다. 라싸열
라. 크리미안콩고출혈열	마. 남아메리카출혈열	바. 리프트밸리열
사. 두창	아. 페스트	자. 탄저
차. 보툴리눔독소증	카. 야토병	타. 신종감염병증후군
파. 중증급성호흡기증후군(SARS)		하. 중동호흡기증후군(MERS)
거. 동물인플루엔자 인체감염증	너. 신종인플루엔자	더. 디프테리아

3. (생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세 불명의 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
[다만, 처치 당시에는 재난에 대한 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), 기타 호흡과 관련된 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡 장애 및 삼킴 장애
 - ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병
- ※ ()안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘재해’ 해당 여부를 판단합니다. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘재해’ 해당여부는 피보험자가 사고 발생된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 사고 발생 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘재해’에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 ‘재해’ 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ※ 위 “1.보장대상이 되는 재해 ②”에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, “2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥”에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

[별첨 2]

장 해 분 류 표

1. 총 칙

1. 장애의 정의

- 1) '장애'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

2. 신체부위

'신체부위'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·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일

상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

- 5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신 행동 장애의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

II. 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능 장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) ‘한 눈이 멀었을 때’라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- 4) ‘한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.
- 5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를

주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

평가한다.

- 6) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애’라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) ‘뚜렷한 시야 장애’라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때’라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 ‘뚜렷한 추상(추한 모습)’으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 ‘약간의 추상(추한 모습)’으로 지급률을 가산한다.
- 12) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 컷바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

- 1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) ‘한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) ‘심한 장해를 남긴 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) ‘약간의 장해를 남긴 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 ‘언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사’ 등을 추가 실시 후 장해를 평가한다.

다. 컷바퀴의 결손

- 1) ‘컷바퀴의 대부분이 결손된 때’라 함은 컷바퀴의 연결부가 1/20이상 결손된 경우를 말한다.
- 2) 컷바퀴의 연결부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

- 1) ‘평형기능에 장해를 남긴 때’라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) ‘코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) ‘코의 후각기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전 손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 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. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) ‘씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) ‘씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) ‘씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구운동 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 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) ‘말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) ‘말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) ‘말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하

며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.

- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률을 하나만 인정한다.
- 12) ‘치아의 결손’이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) ‘외모’란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) ‘추상(추한 모습)장애’라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) ‘추상(추한 모습)을 남긴 때’라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

- 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
- 다) 지름 5cm 이상의 조작함몰
- 라) 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조작함몰
 - 라) 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

‘손바닥 크기’라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40㎢, 1/4 크기는 20㎢), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24㎢, 1/4 크기는 12㎢), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12㎢, 1/4 크기는 6㎢)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 친구성 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 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기원증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저리감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술여부에 관계없이 운동장

해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

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

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

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

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

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

다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 측추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(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 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(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 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

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

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(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 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상 (또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우

- 13) '추간판탈출증으로 인한 두렵한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

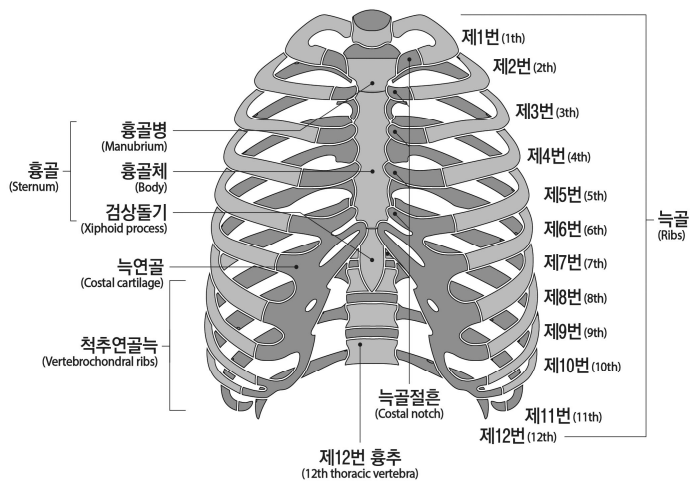
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

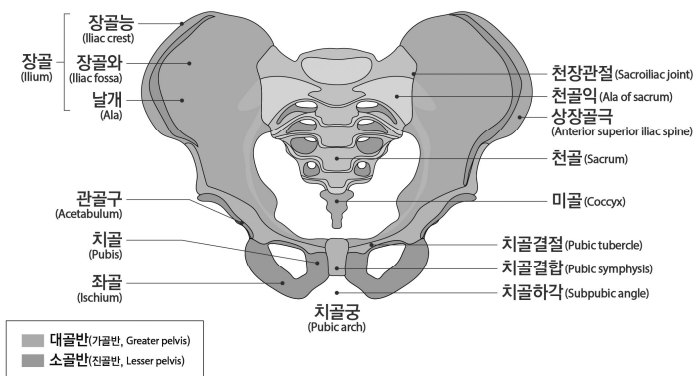
장애의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 두렵한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 두렵한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) '골반뼈의 두렵한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정 유합 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 두렵한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



< 가슴 뼈 >



< 골 반 뼈 >

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘팔’이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) ‘팔의 3대 관절’이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) ‘한 팔의 손목 이상을 잃었을 때’라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역을 기준으로 정상각도 및 측정 방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
- 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) '가관절^{주3)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 12) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

[산업재해보상보험법 시행규칙 제47조 (운동기능장애의 측정)]

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역은 별표4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 에이엠에이[AMA(American Medical Association)]식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역과 별표4의 평균 운동기능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동기능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 - 1. 강직, 오그라들, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 - 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우
- 주3) 가관절이란, 총본한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 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. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역을 기준으로 정상각도 및 측정 방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절주⁴⁾이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

주 4) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

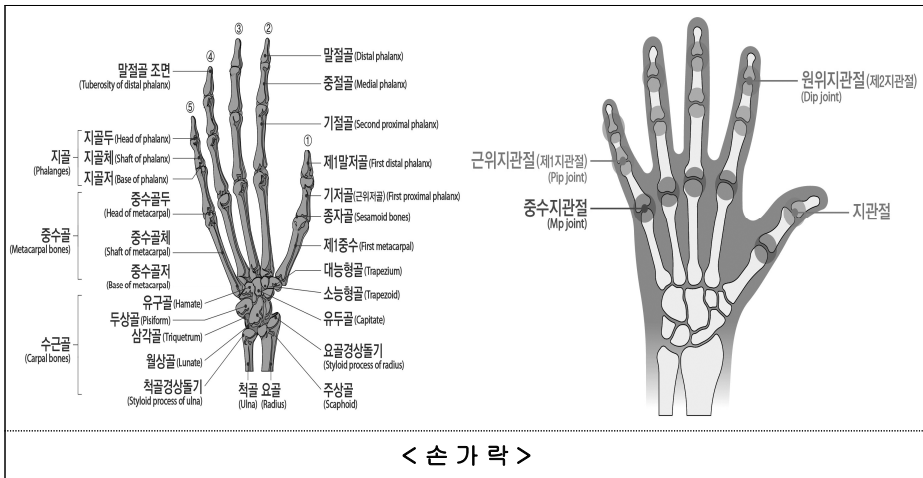
장해의 분류	지급률(%)
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) ‘손가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) ‘손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절

의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



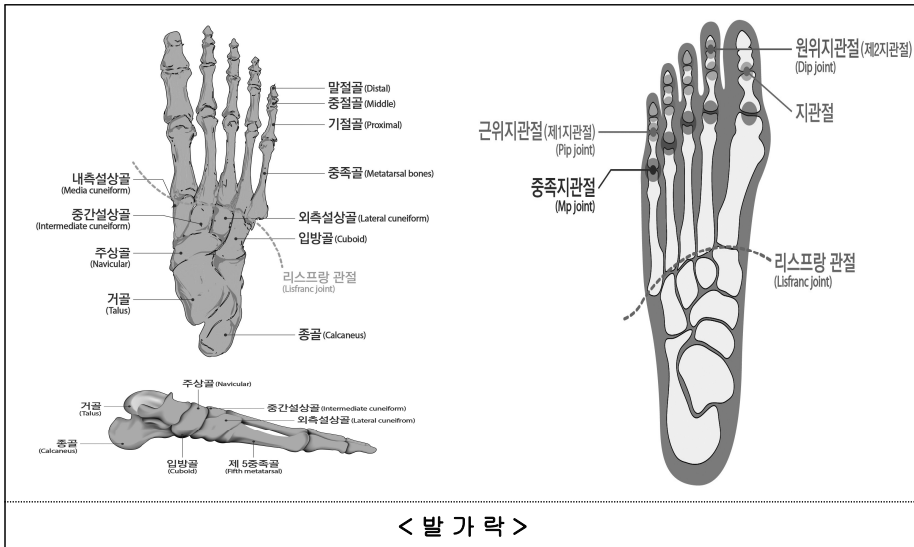
11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘발가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) ‘발가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) ‘발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 판정기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) '흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 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) '흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) '흉·복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

- 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
- 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉·복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉·복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 ‘<불임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10 ~ 100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 신경계
- 가) ‘신경계에 장애를 남긴 때’라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 ‘<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 ‘<불임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’상 지급률이 10% 미만인

경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.

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

2) 정신행동

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

나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.

다) ‘정신행동에 극심한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) ‘정신행동에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) ‘정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’^{주5)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

바) ‘정신행동에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) ‘정신행동에 경미한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

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

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

차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

주5) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

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

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

4) 뇌전증

가) ‘뇌전증’이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) ‘심한 뇌전증 발작’이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

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

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

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

사) ‘경증발작’이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유 형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 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 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르는 못하는 상태(5%)
배변 · 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 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	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

[별첨 3]

개인(신용)정보 수집·이용 및 제공 관련 고객권리 안내문

금융서비스 이용범위

고객의 개인(신용)정보는 금융거래의 설정·유지 판단 목적 및 고객이 동의한 목적 범위 내에서 최소한의 정보만 수집·이용 및 제공됩니다. 고객은 상품소개나 제휴·부가서비스 등의 목적을 위한 개인(신용)정보 수집·이용 및 제공 동의 여부와 관계없이 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만 이러한 동의를 하지 않은 경우 신상품·서비스 정보, 제휴 및 부가서비스 등을 제공 받지 못할 수도 있습니다.

「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 상의 고객 권리

1. 본인 정보의 이용 및 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조에 따라 당사가 고객의 개인(신용)정보를 이용하거나 제3자에게 제공한 경우 [경영관리 목적 또는 반복적인 업무위탁 등 제외] 이용내역, 제공내역 등을 알려주거나 조회할 수 있도록 하여 줄 것을 요구하실 수 있습니다.

· 신청방법 : 당사 홈페이지(<https://www.nhlife.co.kr>), 고객센터(1544-4000), 영업점

2. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조에 따라 당사가 전국은행연합회 등 신용정보집중기관 및 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭, 주소, 연락처 등을 고지해 줄 것을 요구하실 수 있습니다.

· 신청방법 : 당사 홈페이지(<https://www.nhlife.co.kr>), 고객센터(1544-4000), 영업점

3. 본인 정보의 제3자 제공동의 철회권 및 마케팅 목적의 연락중지청구(Do-Not- Call)

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인의 개인(신용) 정보를 신용도 평가 이외의 목적으로 제3자에게 제공하는 것에 대한 동의를 철회할 수 있으며, 상품을 소개하거나 구매를 권유할 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중지하도록 청구(Do-Not-Call)할 수 있습니다.

- 연락중지 신청방법 : 두낫콜 홈페이지(<http://www.donotcall.or.kr>)
- 동의철회 신청방법 : 당사 홈페이지(<https://www.nhlife.co.kr>), 고객센터(1544-4000), 영업점 개인(신용)정보 제공 동의 철회서 제출

※ 신청제한

신청자는 신용정보주체에 한함(배우자 등 가족, 제3자는 신청금지)
신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

4. 본인 정보의 열람 및 정정·삭제 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조, 제38조의3에 따라 당사가 보유하고 있는 고객의 정보 열람을 청구할 수 있으며, 이 경우 당사는 서면, 전자문서, 홈페이지를 통하여 제공 또는 열람할 수 있도록 조치하여 드립니다. 고객은 제공 또는 열람한 정보가 사실과 다른 경우에는 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 이 경우 당사는 정정·삭제청구가 정당한 사유가 있다고 인정되면 지체 없이 해당 정보의 제공·이용을 중단한 후 사실인지를 조사하여 적의 조치한 후 그 처리결과를 7일 이내에 알려드립니다. 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

- 신청방법 : 당사 홈페이지(<https://www.nhlife.co.kr>), 고객센터(1544-4000), 영업점
- 서식 다운로드

5. 신용조회사실의 통지 요청 및 본인 정보의 무료 열람 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조, 제39조에 따라 신용평가 회사에 대하여 본인의 정보가 조회되는 사실을 통지하여 줄 것을 요청할 수 있고, 본인 정보를 신용조회 회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

NICE신용평가정보(주): 02-2122-4000, www.nicecredit.com

서울신용평가정보(주): 02-1577-1006, www.sci.co.kr

코리아크레딧뷰로(주): 02-708-6000, www.koreacb.com

생명보험협회: 02-2262-6600, www.klia.or.kr

6. 개인(신용)정보 유출시 손해배상

당사의 고의 또는 과실 등의 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객에게 발생한 손해에 대해 관계법령 등에 따라 보상받으실 수 있습니다.

※ 위의 신청과 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 당사의 개인신용정보관리·보호업무 담당자 또는 협회·금융감독원정보보호담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

당사 신용정보관리·보호인 02-3786-8685

당사 신용정보 관리·보호업무 담당자 : 02-3786-8685

생명보험협회 개인신용정보 보호담당자 : 02-2262-6600, www.klia.or.kr

금융감독원 개인정보 보호담당자 : (국번없이)1332, <https://www.fss.or.kr>

[별첨 4]

고객정보 취급방침

NH농협금융에 많은 성원과 관심을 보내 주시는 고객 여러분께 깊은 감사를 드립니다. 금융지주회사법령에 의해 그룹사간에는 고객정보의 제공 및 이용이 가능하게 되어 있습니다. 이에 다음과 같이 안내하여 드리오니 참고하시기 바랍니다.

금융지주회사법 제48조의2(고객정보의 제공 및 관리)

- ① 금융지주회사등은 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조제1항 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조·제33조에도 불구하고 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료(이하 "금융거래정보"라 한다) 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보를 다음 각 호의 사항에 관하여 금융위원회가 정하는 방법과 절차(이하 "고객정보제공절차"라 한다)에 따라 그가 속하는 금융지주회사 등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.
 1. 제공할 수 있는 정보의 범위
 2. 고객정보의 암호화 등 처리방법
 3. 고객정보의 분리 보관
 4. 고객정보의 이용기간 및 이용목적
 5. 이용기간 경과 시 고객정보의 삭제
 6. 그 밖에 고객정보의 엄격한 관리를 위하여 대통령령으로 정하는 사항
- ② 금융지주회사의 자회사등인 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자는 해당 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 증권을 매매하거나 매매하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보(이하 "증권총액정보등"이라 한다)를 고객정보제공절차에 따라 그가 속하는 금융지주회사 등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.
 1. 예탁한 금전의 총액
 2. 예탁한 증권의 총액
 3. 예탁한 증권의 종류별 총액
 4. 채무증권의 종류별 총액
 5. 수익증권으로서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
 6. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권 보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

이에 따라 NH농협금융은 농협금융지주회사를 중심으로 고객정보를 그룹사간 제공 및 이용하기 위하여 「고객정보 취급방침」을 제정·운영하고 있습니다.

이러한 고객정보의 제공 및 이용은 고객 여러분의 금융거래에 따른 불편함을 해소하고 더욱 더 만족스러운 금융서비스를 제공하기 위해 시행하는 것이며 만에 하나 발생할지도 모르는 부작용을 방지하기 위하여 다음과 같이 제공되는 정보의 종류 및 제공처를 한정하고, 정보의 엄격한 관리를 위한 제도를 마련하였습니다.

1. 제공되는 고객정보의 종류

1. 『금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률』 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료
2. 『신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률』 제32조 제1항에 따른 개인신용정보
 - 가. 생존하는 개인의 성명, 연락처, 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호, 외국인등록번호, 국내거소신고번호, 성별, 국적 등 개인을 식별할 수 있는 정보
 - 나. 대출, 보증, 담보제공, 당좌예금(가계당좌거래를 포함한다), 신용카드, 할부금융, 시설대여 등의 상거래와 관련하여 신용정보주체의 거래내용을 판단할 수 있는 정보로서 거래의 종류, 거래당사자의 성명 또는 상호, 거래의 기간·금액 및 한도 등
 - 다. 금융거래 등 상거래와 관련하여 발생한 연체부도대지급이나 거짓, 속임수, 그 밖의 부정한 방법에 의한 신용질서 문란행위 등 신용정보주체의 신용도를 판단할 수 있는 정보로서 금액 및 발생해소의 시기 등
 - 라. 금융거래 등 상거래에 있어서 신용정보주체의 신용거래능력을 판단할 수 있는 정보로서 개인의 재산·채무·소득의 총액, 납세실적 등
 - 마. 금융거래 등 상거래에서 신용정보주체를 식별하고 신용도 및 신용거래능력을 판단할 수 있는 법원 또는 공공기관의 재판결정 정보, 조세 또는 공공요금 등의 체납정보, 주민등록에 관한 정보 및 그 밖에 공공기관이 보유하는 정보 등
3. 『자본시장과 금융투자업에 관한 법률』에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 매매 하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 목에 해당하는 정보
 - 가. 예탁한 금전의 총액
 - 나. 예탁한 증권의 총액
 - 다. 예탁한 증권의 종류별 총액
 - 라. 채무증권의 종류별 총액
 - 마. 수익증권으로서 『자본시장과 금융투자업에 관한 법률』 제229조 각 호의 구분에

따른 집합투자기구의 종류별 총액
바. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권보유기간 및 일정기간 동안
의 평균 거래회수

II. 금융지주회사 등의 상호 및 업종

NH농협금융의 회사는 NH농협금융지주 주식회사(금융지주회사), NH농협은행 주식회사(은행), NH농협생명보험 주식회사(생명보험사), NH농협손해보험 주식회사(손해보험사), NH투자증권 주식회사(금융투자업), NH-Amundi자산운용 주식회사(금융투자업), NH농협캐피탈 주식회사(여신전문금융업), NH선물 주식회사(금융투자업), NH저축은행 주식회사(상호금융업), NH농협리츠운용 주식회사(부동산투자자문업), NH벤처투자 주식회사(금융투자업), NH헤지자산운용 주식회사(금융투자업)입니다.

III. 고객정보의 제공처

NH농협금융의 회사 중 금융지주회사법령에 의한 고객정보의 제공 및 이용이 가능한 회사는 NH농협금융지주 주식회사, NH농협은행 주식회사, NH농협생명보험 주식회사, NH농협손해보험 주식회사, NH투자증권 주식회사, NH-Amundi자산운용 주식회사, NH농협캐피탈 주식회사, NH선물 주식회사, NH저축은행 주식회사, NH농협리츠운용 주식회사, NH벤처투자 주식회사, NH헤지자산운용 주식회사입니다.

IV. 고객정보의 보호에 관한 내부방침

NH농협금융에서는 고객 여러분의 고객정보를 최대한 안전하게 관리하기 위해 그룹사간 정보 제공 및 이용이 아래와 같이 엄격한 절차와 관라감독 하에 이루어지도록 하였습니다.

1. 고객정보의 제공 및 이용은 신용위험관리 등 내부 경영관리 목적으로만 이용되도록 하였습니다.
2. 그룹사의 임원 1인 이상을 고객정보관리인으로 선임하여 고객정보의 제공 및 이용에 관련된 일체의 책임을 지도록 하였습니다.
3. 그룹사별로 소관부서 및 담당자를 지정하여 체계적이고 집중적인 관리를 도모하였습니다.
4. 고객정보의 요청 및 제공 시 서면 또는 전자결재시스템을 통하여 고객정보관리인의 결재를 받은 후 요청 및 제공하도록 하는 등 업무 프로세스의 정형화를 통해 엄격한 관리 및 통제가 이루어지도록 하였습니다.

5. 그룹사간 고객정보의 요청 및 제공, 이용 등과 관련한 업무에 대하여 금융지주회사 고객정보관리인에게 총괄관리 역할을 부여함으로써 고객정보의 보호에 만전을 기하였습니다.
6. 고객정보의 제공 및 이용 관련 취급방침의 재개정시 2개 이상의 일간지에 공고하고, 각 영업점(본점 해당부서 포함), 그리고 각 그룹사 홈페이지 등에 게시하는 등 고객공지의 무에 최선을 다할 것입니다.
7. 고객정보를 제공하는 경우 공유내역을 홈페이지에서 조회할 수 있도록 하고, 연 1회 이상 통지하여 고객의 자기정보 접근권을 강화하였습니다.
8. 위법·부당한 방법으로 인해 피해를 입게 된 고객 분을 위해 적절한 보상 및 처리가 이루어지도록 민원사항에 대한 안내 및 상담, 처리, 그리고 결과 및 통지 등 민원처리 관련 일체의 업무를 수행할 소관부서를 그룹사마다 두었습니다. 그리고 소관부서 외 금융감독원 분쟁조정제도를 통하여 구제받을 수 있도록 하였습니다.
9. 고객정보 제공 및 이용에 대한 권한이 부여된 자만 고객정보에 접근하고, 고객정보의 송수신, 보관 등에 있어 암호화하여 관리하며, 천재지변 및 외부로부터의 공격침입 등 불가항력에 대비한 보안시스템을 구축하였고, 고객정보와 관련된 임직원에 대하여는 정기적으로 보안 교육을 실시하는 등 철저한 보안 대책을 마련하고 있습니다.

NH농협금융은 그룹사간 고객정보의 제공 및 이용을 허용한 것이 금융서비스의 질을 높이고, 나아가 우리나라 금융산업을 선진화시키기 위한 조치임을 명심하고 고객정보의 교류를 토대로 고객 여러분께 보다 편리하고 질 높은 선진금융서비스를 제공할 것을 약속드리며, 고객 여러분의 고객정보의 보호 및 엄격한 관리를 위해 최선을 다할 것입니다.

NH농협금융

NH농협금융지주	고객정보관리인	NH농협은행	고객정보관리인
NH농협생명	고객정보관리인	NH농협손해보험	고객정보관리인
NH투자증권	고객정보관리인	NH-Amundi자산운용	고객정보관리인
NH농협캐피탈	고객정보관리인	NH선물	고객정보관리인
NH저축은행	고객정보관리인	NH벤처투자	고객정보관리인
NH농협리츠운용	고객정보관리인	NH헤지자산운용	고객정보관리인



MEMO