

건강플러스NH통합보험

|무배당|_2601

약관 | 판매월 2026.07

 NH농협생명



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

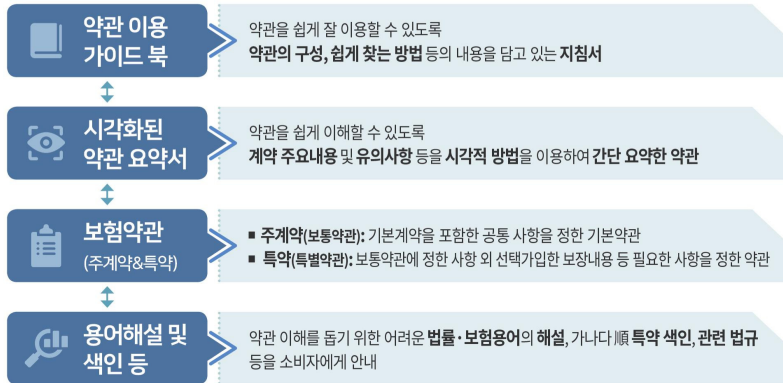
보험약관이란?

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.

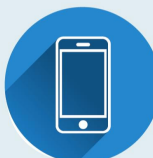
2

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	제3조(보험금의 지급사유)	P.99	
	제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	P.99	
	제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	P.101	

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

청약 철회

②	제17조(청약의 철회)	P.109	

계약 취소

③	제18조(약관교부 및 설명의무 등)	P.111	

계약 무효

④	제19조(계약의 무효)	P.113	

계약전 알릴의무 및 위반 효과

⑤	제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	P.106	

보험료 연체 및 해지

⑥	제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 계약의 해지)	P.119	

부활(효력회복)

⑦	제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	P.121	

해약환급금

⑧	제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)	P.122	
	제32조(해약환급금)	P.124	

보험계약대출

⑨	제33조(보험계약대출)	P.125	

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 약관요약서 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.91

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

보험용어해설 P.94

- 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.**

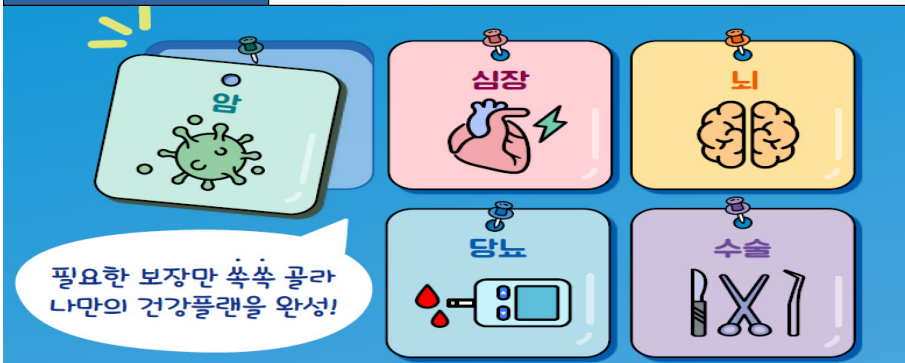
※ 이 요약서의 내용을 이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익을 받을 수 있으므로,
동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

1. 보험계약의 개요



- 보험회사명 : 농협생명보험주식회사
- 보험상품명 : 건강플러스NH통합보험(무배당)_2601
- 보험상품의 종류 : 보장성보험

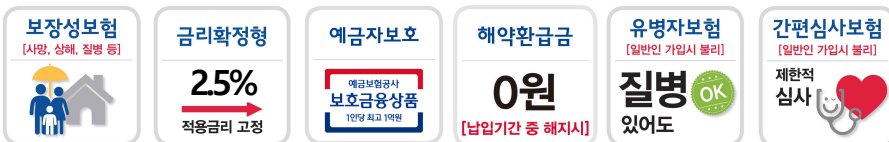
01. 상품의 주요 특징



02. "상품명"으로 상품의 특징 이해하기

상품명	건강플러스NH통합보험(무배당)_2601
보험종목의 명칭	건강플러스NH통합보험(무배당)_2601 해약환급금 미지급형 건강플러스NH통합보험(무배당)_2601 표준형

- ① 무배당 : 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
- ② 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약을 해지할 경우 해약환급금은 없습니다.
- ③ 간편가입형 : 유병력자 또는 고연령자 등 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 하는 상품으로, 건강체 가입자의 경우 간편심사보험이 일반보험상품보다 보험료가 높을 수 있습니다.



II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



01. 보험금 지급제한사항



주의

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)_W	일반암진단보험금	가입후 90일간 보장 제외
소액암진단특약 (갱비갱무)_W	전립선암진단보험금	가입후 90일간 보장 제외
암주요치료특약(연간1회) (무)_W	암 또는 대장점막내암 주요치료자금	가입후 90일간 암보장 제외
상급종합병원 (국립암센터 포함) 암주요치료특약 (연간1회)(무)_W	상급종합병원 (국립암센터포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금	가입후 90일간 암보장 제외
상급종합병원 (국립암센터 포함)암주요치료특약 (치료별연간1회)(무)_W	상급종합병원 (국립암센터포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금	가입후 90일간 암보장 제외

구분	담보명	면책기간
항암약물치료특약 (갱,비갱,무)_W	항암약물치료자금	가입후 90일 간 암 보장 제외
표적항암약물허가 치료특약(갱,비갱,무)_W	표적항암약물허가치료 자금	가입후 90일 간 암 보장 제외
특정항암호르몬약물허가치 료비특약(갱,비갱,무)_W	특정항암호르몬약물허 가치료자금	가입후 90일 간 암 보장 제외
항암방사선치료특약 (갱,비갱,무)_W	항암방사선치료자금	가입후 90일 간 암 보장 제외
항암중입자방사선치료특약 (갱,비갱,무)_W	항암중입자방사선 치료자금	가입후 90일 간 암 보장 제외
고혈압(원발성)약물치료특약 (갱,비갱,무)_W	고혈압(원발성) 약물치료자금	가입후 185일 간 보장 제외
당뇨병(당화혈색소6.5%이상) 진단특약(갱,비갱,무)_W	당뇨진단자금	가입후 1년 간 보장 제외
당뇨병(당화혈색소7.5%이상) 진단특약(갱,비갱,무)_W	당뇨진단자금	가입후 1년 간 보장 제외
당뇨병(당화혈색소9.0%이상) 진단특약(갱,비갱,무)_W	당뇨진단자금	가입후 1년 간 보장 제외
대상포진진단특약 (갱,비갱,무)_W	대상포진진단자금	가입후 10일 간 보장 제외
비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료특약(연간1회)(갱, 비갱,무)_W	비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금	가입후 90일 간 암 보장 제외



민원 사례

A씨는 암보험 가입후 2개월이 지나서 위암을 판정받아 보험회사에 암진단보험금을 청구

⇒ 보험회사는 보험가입후 90일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움을 안내

☑ 감액지급

감액지급

50%

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

... 감액지급 적용담보

구분	담보명	감액기간 및 비율
암진단특약 (갱비갱무)_W	일반암진단보험금	가입후 1년간 보험금 50% 지급
소액암진단특약 (갱비갱무)_W	전립선암진단보험금, 소액암진단보험금	가입후 1년간 보험금 50% 지급
표적항암약물허가치료 특약(갱비갱무)_W	표적항암약물 허가치료자금	가입후 1년간 보험금 50% 지급
항암중입자방사선치료 특약(갱비갱무)_W	항암중입자 방사선치료자금	가입후 1년간 보험금 50% 지급
뇌졸중진단특약 (갱비갱무)_W	뇌졸중진단자금	가입후 1년간 보험금 50% 지급
뇌혈관질환진단특약 (갱비갱무)_W	뇌혈관질환진단자금	가입후 1년간 보험금 50% 지급
급성심근경색증진단 특약(갱비갱무)_W	급성심근경색증진단자금	가입후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심질환진단특약 (갱비갱무)_W	허혈성심질환진단자금	가입후 1년간 보험금 50% 지급
대상포진진단특약 (갱비갱무)_W	대상포진진단자금	가입후 1년간 보험금 50% 지급
통풍진단특약 (갱비갱무)_W	통풍진단자금	가입후 1년간 보험금 50% 지급



구분	담보명	감액기간 및 비율
급여성수술(기본특약) (갱무)_TW	입원급여성수술보험금 통원급여성수술보험금	재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 가입후 1 년간 보험금 50% 지급
급여성수술(원인특약) (갱무)_TW	암급여성수술보험금 뇌질환급여성수술보험금 심장질환급여성수술보험금	가입후 1 년간 보험금 50% 지급
급여성수술(방법)특약 (갱무)_TW	주요급여성수술1급여성수술보험금 주요급여성수술2급여성수술보험금 주요급여성수술3급여성수술보험금 주요급여성수술4급여성수술보험금	재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 가입후 1 년간 보험금 50% 지급
2대주요질병(뇌혈관질환 심질환)수술특약(갱비갱무)_W	2대주요질병(뇌혈관질환 심질환)수술특약(갱비)관혈수술지급 2대주요질병(뇌혈관질환 심질환)수술특약(갱무)관혈수술지급	가입후 1 년간 보험금 50% 지급
2대주요질병(간췌장질환 폐질환)수술특약(갱비갱무)_W	2대주요질병(간췌장질환 폐질환)수술특약(갱비)관혈수술지급 2대주요질병(간췌장질환 폐질환)수술특약(갱무)관혈수술지급	가입후 1 년간 보험금 50% 지급
플러스수술특약II(갱비) (갱무)_W	1~5종 수술지급	재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 가입후 1 년간 보험금 50% 지급

☑ 보장한도

보장한도
최초
1회한

이 보험에는 **보험금 지급한도**가 설정된 담보가 있습니다.

... **보장한도 적용담보**

구분	담보명	보장한도

보장한도

보험금
지급한도 적용

구분	담보명	보장한도
주계약	사망보험금	최초 1회 보장
암진단특약 (갱비갱무)_W	일반암진단보험금	최초 1회 에 한해 보장
소액암진단특약 (갱비갱무)_W	전립선암진단보험금, 소액암진단보험금	각 최초 1회 에 한해 보장
암주요치료특약(연간1회) (무)_W	암 또는 대장점막내암 주요치료자금	연간1회 에 한해 보장
기타피부암·갑상선암 주요치료특약 (연간1회)(무)_W	기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금	연간1회 에 한해 보장
상급종합병원 (국립암센터 포함) 암주요치료특약 (연간1회)(무)_W	상급종합병원 (국립암센터포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금	연간1회 에 한해 보장
상급종합병원 (국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암 주요치료특약 (연간1회)(무)_W	상급종합병원(국립암 센터포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금	연간1회 에 한해 보장
상급종합병원 (국립암센터 포함)암주요치료특약 (치료별연간1회)(무)_W	암수술 치료자금	각 연간1회 에 한해 보장
	항암방사선 치료자금	
	항암약물 치료자금	
상급종합병원 (국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암	암수술 치료자금	각 연간1회 에 한해 보장
	항암방사선	



구분	담보명	보장한도
주요치료특약 (치료별연간1회)(무)_W	치료자금	
	항암약물 치료자금	
항암약물치료특약 (갱비갱무)_W	항암약물치료자금	각 최초 1회에 한해 보장
표적항암약물허가 치료특약 (갱비갱무)_W	표적항암약물허가 치료자금	최초 1회에 한해 보장
특정항암호르몬약물허가치 료비특약(갱비갱무)_W	특정항암호르몬약물 허가치료자금	연간1회에 한해 보장
항암방사선치료특약 (갱비갱무)_W	항암방사선치료자금	각 최초 1회에 한해 보장
항암중입자방사선치료특약 (갱비갱무)_W	항암중입자방사선치료 자금	최초 1회에 한해 보장
뇌졸중진단특약 (갱비갱무)_W	뇌졸중진단자금	최초 1회에 한해 보장
뇌혈관질환진단특약 (갱비갱무)_W	뇌혈관질환진단자금	최초 1회에 한해 보장
급성심근경색증진단특약(갱 비갱무)_W	급성심근경색증진단자 금	최초 1회에 한해 보장
허혈성심질환진단특약 (갱비갱무)_W	허혈성심질환진단자금	최초 1회에 한해 보장
뇌혈관·허혈성심질환주요치 료특약(연간1회10년간도) (갱비갱무)_W	뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금	최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간1회에 한해 보장
상급종합병원뇌혈관·허혈성 심질환주요치료특약(연간1 회10년간도)	상급종합병원 뇌혈관질환 또는 허혈성심질환	최초 진단확정일로부터 최대 10년간

구분	담보명	보장한도
(갱비갱무)_W	주요치료자금	연간1회에 한해 보장
플러스뇌혈관질환통원특약(갱비갱무)_W	상급종합병원뇌혈관질환통원급여금, 뇌혈관질환통원급여금	각 1일 1회한도로 연간 30회 보장
플러스허혈성심질환통원특약(갱비갱무)_W	상급종합병원허혈성심질환통원급여금, 허혈성심질환통원급여금	각 1일 1회한도로 연간 30회 보장
고혈압(원발성)약물치료특약(갱비갱무)_W	고혈압(원발성)약물치료자금	최초 1회에 한해 보장
당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약(갱비갱무)_W	당뇨진단자금	최초 1회에 한해 보장
당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약(갱비갱무)_W	당뇨진단자금	최초 1회에 한해 보장
당뇨병(당화혈색소9.0%이상)진단특약(갱비갱무)_W	당뇨진단자금	최초 1회에 한해 보장
대상포진진단특약(갱비갱무)_W	대상포진진단자금	최초 1회에 한해 보장
통풍진단특약(갱비갱무)_W	통풍진단자금	최초 1회에 한해 보장
급여수술(기본)특약(갱무)_T W	입원급여수술보험금	입원 1회당 1회한도에 한해 보장
	통원급여수술보험금	통원 1회당 1회한도, 동일수술코드당



구분	담보명	보장한도
		연간 3회에 한해 보장
급여수술(원인특약(갱, 무)_T W	암급여수술보험금 뇌질환급여수술보험금 심장질환급여수술보험금 4대질환급여수술보험금 소액질병급여수술보험금 특정재해급여수술보험금	각 입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회에 한해 보장
급여수술(방법특약(갱, 무)_T W	주요급여수술1 급여수술보험금, 주요급여수술2 급여수술보험금, 주요급여수술3 급여수술보험금, 주요급여수술4 급여수술보험금	각 입원 또는 통원 1회당 1회한, 동일수술코드당 연간 1회에 한해 보장
2대주요질병(뇌혈관질환, 심 질환)수술특약(갱, 비갱, 무)_W	2대주요질병(뇌혈관질환 심질환)비관혈수술지급	연간 1회에 한해 보장
2대주요질병(간, 췌장질환, 폐 질환)수술특약(갱, 비갱, 무)_W	2대주요질병(간, 췌장질환 폐질환)비관혈수술지급	연간 1회에 한해 보장
첫날부터입원특약(갱, 비갱, 무)_W	입원급여금	입원 1회당 120일한도로 보장
간병인사용입원(요양병원 제외)특약Ⅱ(갱, 비갱, 무)_W	입원간병인 사용급여금 (요양병원 제외)	입원 1회당 180일한도로 보장

구분	담보명	보장한도
비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료특약(연간1회) (갱,비갱,무)_W	비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금	연간 1회에 한해 보장
비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암·갑상선암주요 치료특약(연간1회)(갱,비갱 ,무)_TW	비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금	연간 1회에 한해 보장

02. 해약환급금에 관한 사항

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

해약환급금
0원
[납입기간 중 해지시]



주의

- ① **해약환급금은 납입보험료 보다 적거나 없을 수 있습니다.**
* 해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결,유지관리 등에 소요되는 경비, 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급
- ② 「**해약환급금 미지급형**」으로 가입시 **보험료 납입기간 중** 계약이 해지될 경우 **해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후** 계약이 해지될 경우에는 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장내용의 상품(이하 “표준형”이라 합니다)의 **해약환급금의 50%**를 지급합니다.



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

암진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 소액암진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 항암약물치료특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 표적항암약물허가치료특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 특정항암호르몬약물허가치료비특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 항암방사선치료특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 항암중입자방사선치료특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 뇌졸중진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 뇌혈관질환진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 급성심근경색증진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 허혈성심질환진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 상급종합병원뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 플러스뇌혈관질환통원특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 플러스허혈성심질환통원특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 고혈압(원발성)약물치료특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 당뇨병(당화혈색소9.0%이상)진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 대상포진진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 통풍진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_W
 수술특약(갱신형,무배당)_TW

갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약

급여수술기법특약(갱신형, 무배당)_TW
 급여수술원인특약(갱신형, 무배당)_TW
 급여수술방법특약(갱신형, 무배당)_TW
 2대주요질병(뇌혈관질환, 심질환)수술특약(갱신형, 비갱신형, 무배당)_W
 2대주요질병(간, 췌장질환, 폐질환)수술특약(갱신형, 비갱신형, 무배당)_W
 첫날부터입원특약(갱신형, 비갱신형, 무배당)_W
 플러스수술특약Ⅱ(갱신형, 비갱신형, 무배당)_W
 재해골절특약Ⅱ(갱신형, 비갱신형, 무배당)_W
 간병인사용입원(요양병원제외)특약Ⅱ(갱신형, 비갱신형, 무배당)_W
 비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료특약(연간1회)(갱신형, 비갱신형, 무배당)_W
 비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암, 갑상선암주요치료특약(연간1회)(갱신형, 비갱신형, 무배당)_TW

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 2형(간편가입형Ⅱ)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.**



주의

③ 예금자보호제도에 관한 사항



주의

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

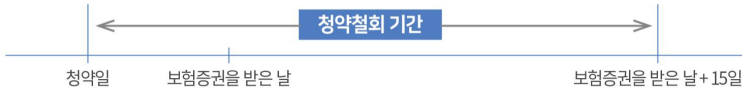
III. 보험계약의 일반사항



01. 청약을 철회할 수 있는 권리

109 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

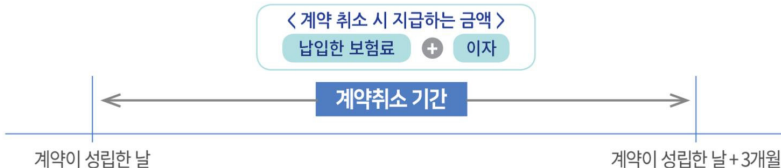
111 페이지

- 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

113 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, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우

☒ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

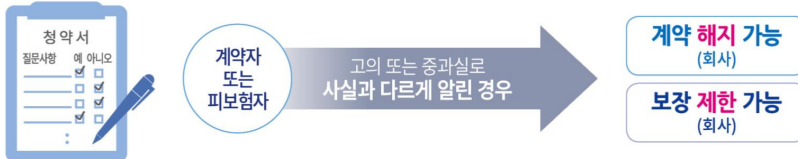
☒ 2형(간편가입형)에서 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우

※ 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

106,107 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 대신**하므로 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 어려움을 안내**

법률 지식

[대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다59837]

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



05. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

119,120 페이지

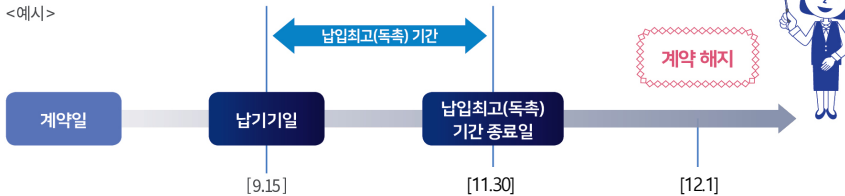
- 보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉) 기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지**됩니다.

※ 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)

121 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.



◎ 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

- ① 상환하지 않은 보험계약대출금 및 이자는 해약환급금 또는 보험금에서 차감될 수 있습니다.
- ② 순수보장성보험 등 보험상품 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.
- ③ 보험계약자는 대출신청 전에 보험계약대출이율을 반드시 확인하시기 바랍니다.



주의

<예시>

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

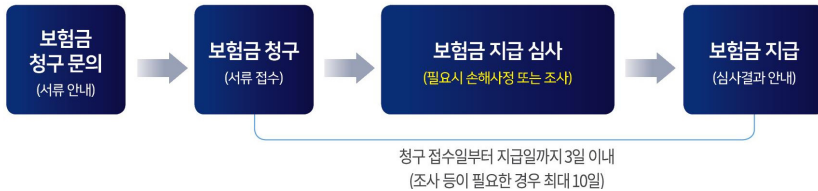




08. 보험금 청구절차 및 서류

102 페이지

- **보험금**은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유의 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



주의

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	91
02	보험용어 해설	94
03	보험약관	

건강플러스NH통합보험 |무배당|_2601 주계약 약관

제1관	목적 및 용어의 정의	96
제1조	【목적】	96
제2조	【용어의 정의】	96
제2관	보험금의 지급	99
제3조	【보험금의 지급사유】	99
제4조	【보험금 지급에 관한 세부규정】	99
제5조	【보험금을 지급하지 않는 사유】	101
제6조	【보험금 지급사유의 발생통지】	101
제7조	【보험금의 청구】	101
제8조	【보험금의 지급절차】	102
제9조	【보험금 받는 방법의 변경】	103
제10조	【주소변경 통지】	104
제11조	【보험수익자의 지정】	104
제12조	【대표자의 지정】	104
제3관	계약자의 계약 전 알릴 의무 등	105
제13조	【계약 전 알릴 의무】	105
제14조	【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	106
제15조	【사기에 의한 계약】	107

제4관 보험계약의 성립과 유지 ————— 108

제16조 【보험계약의 성립】	108
제17조 【청약의 철회】	109
제18조 【약관교부 및 설명의무 등】	111
제19조 【계약의 무효】	113
제20조 【계약내용의 변경 등】	114
제21조 【보험나이 등】	116
제22조 【계약의 소멸】	117

제5관 보험료의 납입 ————— 117

제23조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】	117
제24조 【제2회 이후 보험료의 납입】	118
제25조 【보험료의 자동대출납입】	118
제26조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】	119
제27조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】	121
제28조 【강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】	121

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 122

제29조 【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】	122
제29조의2 【위법계약의 해지】	123
제30조 【중대사유로 인한 해지】	124
제31조 【회사의 파산선고와 해지】	124
제32조 【해약환급금】	124
제33조 【보험계약대출】	125
제34조 【배당금의 지급】	126

제7관 분쟁의 조정 등 ————— 126

제35조 【분쟁의 조정】	126
제36조 【관할법원】	129
제37조 【소멸시효】	129
제38조 【약관의 해석】	129
제39조 【설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력】	129
제40조 【회사의 손해배상책임】	130
제41조 【개인정보보호】	130

제42조 【준거법】	134
제43조 【예금보험에 의한 지급보장】	134

【별표 1】 보험금 지급기준표	135
【별표 2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	136

암진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	137
제1조 【목적】	137
제2조 【용어의 정의】	137

제2관 보험금의 지급	138
제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	138
제4조 【보험금의 지급사유】	141
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	141
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	143
제7조 【보험금의 청구】	143
제8조 【보험금의 지급절차】	143
제9조 【보험수익자의 지정】	145

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	145
제10조 【계약 전 알릴 의무】	145
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	146

제4관 특약의 성립과 유지	147
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	147
제13조 【특약의 무효】	149
제14조 【회사의 보장개시】	150
제15조 【피보험자의 범위】	150
제16조 【특약내용의 변경 등】	150
제17조 【특약의 갱신】	152
제18조 【특약의 보험기간】	153

제5관 보험료의 납입 ————— 154

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 154

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 — 154

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 — 156

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 156

제22조 【계약자의 임의해지】 ————— 156

제22조의2 【위법계약의 해지】 ————— 157

제23조 【해약환급금】 ————— 158

제24조 【배당금의 지급】 ————— 158

제7관 기타사항 ————— 159

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 159

[별표 1] 보험금 지급기준표 ————— 160

[별표 2] 대상이 되는 악성신생물 분류표 ————— 162

[별표 3] 기타 피부의 악성신생물 분류표 ————— 163

[별표 4] 갑상선의 악성신생물 분류표 ————— 164

[별표 5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 165

소액암진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 166

제1조 【목적】 ————— 166

제2조 【용어의 정의】 ————— 166

제2관 보험금의 지급 ————— 167

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】 ————— 167

제4조 【‘제자리암’, ‘경계성종양’의 정의 및 진단 확정】 170

제5조 【보험금의 지급사유】 ————— 170

제6조 【보험금 지급에 관한 세부규정】 ————— 171

제7조 【보험금을 지급하지 않는 사유】 ————— 173

제8조 【보험금의 청구】 ————— 174

제9조 【보험금의 지급절차】 ————— 174

제10조 【보험수익자의 지정】	175
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	175
제11조 【계약 전 알릴 의무】	175
제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	176
제4관 특약의 성립과 유지	178
제13조 【특약의 성립 및 소멸】	178
제14조 【특약의 무효】	180
제15조 【회사의 보장개시】	180
제16조 【피보험자의 범위】	180
제17조 【특약내용의 변경 등】	181
제18조 【특약의 갱신】	182
제19조 【특약의 보험기간】	184
제5관 보험료의 납입	184
제20조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	184
제21조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	185
제22조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	186
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	187
제23조 【계약자의 임의해지】	187
제23조의2 【위법계약의 해지】	187
제24조 【해약환급금】	188
제25조 【배당금의 지급】	189
제7관 기타사항	189
제26조 【주계약 약관 규정의 준용】	189
【별표 1】 보험금 지급기준표	190
【별표 2】 대상이 되는 악성신 생물 분류표	192
【별표 3】 기타 피부의 악성신 생물 분류표	193
【별표 4】 갑상선의 악성신 생물 분류표	194
【별표 5】 제자리의 신 생물 분류표(대장점막내암 제외)	195

[별표 6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	196
[별표 7] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	197

암주요치료특약(연간1회)|무배당_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	198
제1조 【목적】	198
제2조 【용어의 정의】	198
제2관 보험금의 지급	199
제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	199
제4조 【‘암수술’의 정의와 장소】	202
제5조 【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】	205
제6조 【‘암 또는 대장점막내암 주요치료’의 정의】	205
제7조 【보험금의 지급사유】	207
제8조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	208
제9조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	208
제10조 【보험금 등의 청구】	209
제11조 【보험금 등의 지급절차】	209
제12조 【보험수익자의 지정】	211
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	211
제13조 【계약 전 알릴 의무】	211
제14조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	212
제4관 특약의 성립과 유지	213
제15조 【특약의 성립 및 소멸】	213
제16조 【특약의 무효】	215
제17조 【회사의 보장개시】	216
제18조 【피보험자의 범위】	216
제19조 【특약내용의 변경 등】	216
제20조 【특약의 보험기간】	218

제5관 보험료의 납입 ————— 218

제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 218

제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 — 218

제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 — 220

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 220

제24조 【계약자의 임의해지】 ————— 220

제24조의2 【위법계약의 해지】 ————— 221

제25조 【해약환급금】 ————— 222

제26조 【배당금의 지급】 ————— 223

제7관 기타사항 ————— 223

제27조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 223

【별표 1】 보험금 지급기준표 ————— 224

【별표 2】 대상이 되는 악성신 생물 분류표 ————— 225

【별표 3】 기타 피부의 악성신 생물 분류표 ————— 226

【별표 4】 갑상선의 악성신 생물 분류표 ————— 227

【별표 5】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 228

기타피부암·갑상선암주요치료특약(연간1회) |무배당_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 229

제1조 【목적】 ————— 229

제2조 【용어의 정의】 ————— 229

제2관 보험금의 지급 ————— 230

제3조 【‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정】 — 230

제4조 【‘암수술’의 정의와 장소】 ————— 232

제5조 【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】 — 235

제6조 【‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’의 정의】 — 236

제7조 【보험금의 지급사유】 ————— 237

제8조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】 ————— 238

제9조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】 ————— 239

제10조 【보험금 등의 청구】	240
제11조 【보험금 등의 지급절차】	240
제12조 【보험수익자의 지정】	242
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	242
제13조 【계약 전 알릴 의무】	242
제14조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	242
제4관 특약의 성립과 유지	244
제15조 【특약의 성립 및 소멸】	244
제16조 【특약의 무효】	246
제17조 【회사의 보장개시】	246
제18조 【피보험자의 범위】	246
제19조 【특약내용의 변경 등】	246
제20조 【특약의 보험기간】	248
제5관 보험료의 납입	248
제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	248
제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	248
제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	250
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	250
제24조 【계약자의 임의해지】	250
제24조의2 【위법계약의 해지】	251
제25조 【해약환급금】	252
제26조 【배당금의 지급】	252
제7관 기타사항	253
제27조 【주계약 약관 규정의 준용】	253
[별표 1] 보험금 지급기준표	254
[별표 2] 기타 피부의 악성신 생물 분류표	255
[별표 3] 갑상선의 악성신 생물 분류표	255
[별표 4] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	256

**상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약
(연간1회) |무배당|_W 약관**

제1관 목적 및 용어의 정의	257
제1조 【목적】	257
제2조 【용어의 정의】	257
제2관 보험금의 지급	258
제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	258
제4조 【‘암수술’의 정의와 장소】	261
제5조 【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】	264
제6조 【‘암 또는 대장점막내암 주요치료’의 정의】	265
제7조 【‘상급종합병원’의 정의】	266
제8조 【‘국립암센터’의 정의】	267
제9조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】	267
제10조 【보험금의 지급사유】	268
제11조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	269
제12조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	270
제13조 【보험금 등의 청구】	271
제14조 【보험금 등의 지급절차】	271
제15조 【보험수익자의 지정】	273
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	273
제16조 【계약 전 알릴 의무】	273
제17조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	274
제4관 특약의 성립과 유지	275
제18조 【특약의 성립 및 소멸】	275
제19조 【특약의 무효】	277
제20조 【회사의 보장개시】	277
제21조 【피보험자의 범위】	278
제22조 【특약내용의 변경 등】	278
제23조 【특약의 보험기간】	279

제5관 보험료의 납입 ————— 279

제24조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 279

제25조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 — 280

제26조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 — 281

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 282

제27조 【계약자의 임의해지】 ————— 282

제27조의2 【위법계약의 해지】 ————— 282

제28조 【해약환급금】 ————— 283

제29조 【배당금의 지급】 ————— 284

제7관 기타사항 ————— 284

제30조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 284

[별표 1] 보험금 지급기준표 ————— 285

[별표 2] 대상이 되는 악성신생물 분류표 ————— 286

[별표 3] 기타 피부의 악성신생물 분류표 ————— 287

[별표 4] 갑상선의 악성신생물 분류표 ————— 288

[별표 5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 289

**상급종합병원(국립암센터 포함)
기타피부암·갑상선암주요치료특약
(연간1회) |무배당|_W 약관**

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 290

제1조 【목적】 ————— 290

제2조 【용어의 정의】 ————— 290

제2관 보험금의 지급 ————— 291

제3조 【‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단 확정】 — 291

제4조 【‘암수술’의 정의와 장소】 ————— 293

제5조 【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】 — 296

제6조 【‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’의 정의】 — 297

제7조 【‘상급종합병원’의 정의】 ————— 298

제8조 【‘국립암센터’의 정의】	299
제9조 【법령 등의 개정 등에 따른 특약 내용의 변경】	299
제10조 【보험금의 지급사유】	300
제11조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	301
제12조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	302
제13조 【보험금 등의 청구】	303
제14조 【보험금 등의 지급절차】	303
제15조 【보험수익자의 지정】	305

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 305

제16조 【계약 전 알릴 의무】	305
제17조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	306

제4관 특약의 성립과 유지 307

제18조 【특약의 성립 및 소멸】	307
제19조 【특약의 무효】	309
제20조 【회사의 보장개시】	309
제21조 【피보험자의 범위】	310
제22조 【특약내용의 변경 등】	310
제23조 【특약의 보험기간】	311

제5관 보험료의 납입 311

제24조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	311
제25조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	312
제26조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	313

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 314

제27조 【계약자의 임의해지】	314
제27조의2 【위법계약의 해지】	314
제28조 【해약환급금】	315
제29조 【배당금의 지급】	316

제7관 기타사항 316

제30조 【주계약 약관 규정의 준용】	316

[별표 1] 보험금 지급기준표	317
[별표 2] 기타 피부의 악성신생물 분류표	318
[별표 3] 갑상선의 악성신생물 분류표	318
[별표 4] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	319

상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약 (치료별연간1회) | 무배당_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	320
제1조 【목적】	320
제2조 【용어의 정의】	320
제2관 보험금의 지급	321
제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	321
제4조 【‘암수술’의 정의와 장소】	324
제5조 【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】	327
제6조 【‘암 또는 대장점막내암 주요치료’의 정의】	327
제7조 【‘상급종합병원’의 정의】	329
제8조 【‘국립암센터’의 정의】	329
제9조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】	330
제10조 【보험금의 지급사유】	331
제11조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	332
제12조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	333
제13조 【보험금 등의 청구】	334
제14조 【보험금 등의 지급절차】	334
제15조 【보험수익자의 지정】	336
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	336
제16조 【계약 전 알릴 의무】	336
제17조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	336
제4관 특약의 성립과 유지	338
제18조 【특약의 성립 및 소멸】	338
제19조 【특약의 무효】	340

제20조 【회사의 보장개시】	340
제21조 【피보험자의 범위】	341
제22조 【특약내용의 변경 등】	341
제23조 【특약의 보험기간】	342

제5관 보험료의 납입 342

제24조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	342
제25조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	343
제26조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	344

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 345

제27조 【계약자의 임의해지】	345
제27조의2 【위법계약의 해지】	345
제28조 【해약환급금】	346
제29조 【배당금의 지급】	347

제7관 기타사항 347

제30조 【주계약 약관 규정의 준용】	347

【별표 1】 보험금 지급기준표	348
【별표 2】 대상이 되는 악성신 생물 분류표	350
【별표 3】 기타 피부의 악성신 생물 분류표	351
【별표 4】 갑상선의 악성신 생물 분류표	352
【별표 5】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	353

상급종합병원(국립암센터 포함)
기타피부암·갑상선암주요치료특약
(치료별연간1회) |무배당|_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 354

제1조 【목적】	354
제2조 【용어의 정의】	354

제2관 보험금의 지급 ————— 355

제3조 【‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단 확정】	355
제4조 【‘암수술’의 정의와 장소】	357
제5조 【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】	360
제6조 【‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’의 정의】	360
제7조 【‘상급종합병원’의 정의】	362
제8조 【‘국립암센터’의 정의】	363
제9조 【법령 등의 개정 등에 따른 특약 내용의 변경】	363
제10조 【보험금의 지급사유】	364
제11조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	366
제12조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	366
제13조 【보험금 등의 청구】	367
제14조 【보험금 등의 지급절차】	367
제15조 【보험수익자의 지정】	369

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ————— 369

제16조 【계약 전 알릴 의무】	369
제17조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	370

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 371

제18조 【특약의 성립 및 소멸】	371
제19조 【특약의 무효】	373
제20조 【회사의 보장개시】	373
제21조 【피보험자의 범위】	373
제22조 【특약내용의 변경 등】	374
제23조 【특약의 보험기간】	375

제5관 보험료의 납입 ————— 375

제24조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	375
제25조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	376
제26조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	377

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 378

제27조 【계약자의 임의해지】	378

제27조의2【위법계약의 해지】	378
제28조【해약환급금】	379
제29조【배당금의 지급】	380

제7관 기타사항 380

제30조【주계약 약관 규정의 준용】	380

[별표 1] 보험금 지급기준표	381
[별표 2] 기타 피부의 악성신 생물 분류표	383
[별표 3] 갑상선의 악성신 생물 분류표	383
[별표 4] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	384

비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료특약 (연간1회) | 갱신형, 비갱신형, 무배당_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 385

제1조【목적】	385
제2조【용어의 정의】	385

제2관 보험금의 지급 386

제3조【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	386
제4조【‘암수술’의 정의와 장소】	388
제5조【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】	392
제6조【‘암 또는 대장점막내암 주요치료’의 정의】	392
제7조【‘비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료’의 정의】	393
제8조【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】	394
제9조【보험금의 지급사유】	395
제10조【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	396
제11조【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	398
제12조【보험금 등의 청구】	398
제13조【보험금 등의 지급절차】	399
제14조【보험수익자의 지정】	400

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ————— 400

제15조 【계약 전 알릴 의무】 ————— 400

제16조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ————— 401

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 403

제17조 【특약의 성립 및 소멸】 ————— 403

제18조 【특약의 무효】 ————— 405

제19조 【회사의 보장개시】 ————— 405

제20조 【피보험자의 범위】 ————— 406

제21조 【특약내용의 변경 등】 ————— 406

제22조 【특약의 갱신】 ————— 407

제23조 【특약의 보험기간】 ————— 409

제5관 보험료의 납입 ————— 409

제24조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 409

제25조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 — 410

제26조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 — 411

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 412

제27조 【계약자의 임의해지】 ————— 412

제27조의2 【위법계약의 해지】 ————— 412

제28조 【해약환급금】 ————— 413

제29조 【배당금의 지급】 ————— 414

제7관 기타사항 ————— 414

제30조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 414

【별표 1】 보험금 지급기준표 ————— 415

【별표 2】 대상이 되는 악성신생물 분류표 ————— 418

【별표 3】 기타 피부의 악성신생물 분류표 ————— 419

【별표 4】 갑상선의 악성신생물 분류표 ————— 420

【별표 5】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 421

**비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 · 갑상선암주요치료특약
(연간1회)갱신형,비갱신형,무배당_TW 약관**

제1관 목적 및 용어의 정의	422
제1조 【목적】	422
제2조 【용어의 정의】	422
제2관 보험금의 지급	423
제3조 【‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단 확정】	423
제4조 【‘암수술’의 정의와 장소】	425
제5조 【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】	428
제6조 【‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’의 정의】	428
제7조 【비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료의 정의】	430
제8조 【법령 등의 개정 등에 따른 특약 내용의 변경】	431
제9조 【보험금의 지급사유】	431
제10조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	432
제11조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	434
제12조 【보험금 등의 청구】	434
제13조 【보험금 등의 지급절차】	435
제14조 【보험수익자의 지정】	436
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	436
제15조 【계약 전 알릴 의무】	436
제16조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	437
제4관 특약의 성립과 유지	439
제17조 【특약의 성립 및 소멸】	439
제18조 【특약의 무효】	441
제19조 【회사의 보장개시】	441
제20조 【피보험자의 범위】	441
제21조 【특약내용의 변경 등】	441
제22조 【특약의 갱신】	443
제23조 【특약의 보험기간】	444

제5관 보험료의 납입 ————— 445

제24조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ——— 445

제25조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 — 446

제26조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 — 447

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 448

제27조 【계약자의 임의해지】 ————— 448

제27조의2 【위법계약의 해지】 ————— 448

제28조 【해약환급금】 ————— 449

제29조 【배당금의 지급】 ————— 450

제7관 기타사항 ————— 450

제30조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 450

[별표 1] 보험금 지급기준표 ————— 451

[별표 2] 기타 피부의 악성신생물 분류표 ————— 453

[별표 3] 갑상선의 악성신생물 분류표 ————— 453

[별표 4] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 454

항암약물치료특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 455

제1조 【목적】 ————— 455

제2조 【용어의 정의】 ————— 455

제2관 보험금의 지급 ————— 456

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】 ————— 456

제4조 【‘항암약물치료’의 정의】 ————— 459

제5조 【보험금의 지급사유】 ————— 459

제6조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】 ————— 459

제7조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】 ————— 461

제8조 【보험금 등의 청구】 ————— 462

제9조 【보험금 등의 지급절차】 ————— 462

제10조 【보험수익자의 지정】 ————— 463

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ————— 464

제11조 【계약 전 알릴 의무】 ————— 464

제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ————— 464

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 466

제13조 【특약의 성립 및 소멸】 ————— 466

제14조 【특약의 무효】 ————— 468

제15조 【회사의 보장개시】 ————— 469

제16조 【피보험자의 범위】 ————— 469

제17조 【특약내용의 변경 등】 ————— 469

제18조 【특약의 갱신】 ————— 471

제19조 【특약의 보험기간】 ————— 472

제5관 보험료의 납입 ————— 473

제20조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 473

제21조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 — 473

제22조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 — 475

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 475

제23조 【계약자의 임의해지】 ————— 475

제23조의2 【위법계약의 해지】 ————— 476

제24조 【해약환급금】 ————— 477

제25조 【배당금의 지급】 ————— 478

제7관 기타사항 ————— 478

제26조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 478

【별표 1】 보험금 지급기준표 ————— 479

【별표 2】 대상이 되는 악성신생물 분류표 ————— 482

【별표 3】 기타 피부의 악성신생물 분류표 ————— 483

【별표 4】 갑상선의 악성신생물 분류표 ————— 484

【별표 5】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 485

표적항암약물허가치료특약 | 갱신형, 비갱신형, 무배당 | W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	486
제1조 【목적】	486
제2조 【용어의 정의】	486
제2관 보험금의 지급	487
제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	487
제4조 【‘항암약물치료’의 정의】	490
제5조 【‘표적항암제’ 및 ‘표적항암약물허가치료’의 정의】	490
제6조 【보험금의 지급사유】	491
제7조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	492
제8조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	495
제9조 【보험금 등의 청구】	496
제10조 【보험금 등의 지급절차】	497
제11조 【보험수익자의 지정】	498
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	498
제12조 【계약 전 알릴 의무】	498
제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	499
제4관 특약의 성립과 유지	501
제14조 【특약의 성립 및 소멸】	501
제15조 【특약의 무효】	503
제16조 【회사의 보장개시】	503
제17조 【피보험자의 범위】	503
제18조 【특약내용의 변경 등】	504
제19조 【특약의 갱신】	505
제20조 【특약의 보험기간】	507
제5관 보험료의 납입	507
제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	507
제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	508
제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	509

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 510

제24조 【계약자의 임의해지】 ————— 510

제24조의2 【위법계약의 해지】 ————— 510

제25조 【해약환급금】 ————— 511

제26조 【배당금의 지급】 ————— 512

제7관 기타사항 ————— 512

제27조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 512

[별표 1] 보험금 지급기준표 ————— 513

[별표 2] 대상이 되는 악성신 생물 분류표 ————— 516

[별표 3] 기타 피부의 악성신 생물 분류표 ————— 517

[별표 4] 갑상선의 악성신 생물 분류표 ————— 518

[별표 5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 519

특정항암호르몬약물허가치료비특약 |갱신형,비갱신형,무배당_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 537

제1조 【목적】 ————— 537

제2조 【용어의 정의】 ————— 537

제2관 보험금의 지급 ————— 538

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】 ————— 538

제4조 【‘항암약물치료’, ‘특정항암호르몬치료제’ 및
‘특정항암호르몬약물허가치료’의 정의】 ————— 541

제5조 【보험금의 지급사유】 ————— 542

제6조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】 ————— 543

제7조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】 ————— 545

제8조 【보험금 등의 청구】 ————— 546

제9조 【보험금 등의 지급절차】 ————— 546

제10조 【보험수익자의 지정】 ————— 548

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ————— 548

제11조 【계약 전 알릴 의무】 ————— 548

제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	549
제4관 특약의 성립과 유지	551
제13조 【특약의 성립 및 소멸】	551
제14조 【특약의 무효】	552
제15조 【회사의 보장개시】	553
제16조 【피보험자의 범위】	553
제17조 【특약내용의 변경 등】	553
제18조 【특약의 갱신】	555
제19조 【특약의 보험기간】	557
제5관 보험료의 납입	557
제20조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	557
제21조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	557
제22조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	559
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	560
제23조 【계약자의 임의해지】	560
제23조의2 【위법계약의 해지】	560
제24조 【해약환급금】	561
제25조 【배당금의 지급】	562
제7관 기타사항	562
제26조 【주계약 약관 규정의 준용】	562
[별표 1] 보험금 지급기준표	563
[별표 2] 대상이 되는 악성신생물 분류표	565
[별표 3] 기타 피부의 악성신생물 분류표	566
[별표 4] 갑상선의 악성신생물 분류표	567
[별표 5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	568

항암방사선치료특약 | 갱신형,비갱신형,무배당_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	569
제1조 【목적】	569
제2조 【용어의 정의】	569
제2관 보험금의 지급	570
제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】	570
제4조 【‘항암방사선치료’의 정의】	573
제5조 【보험금의 지급사유】	573
제6조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	573
제7조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	575
제8조 【보험금 등의 청구】	576
제9조 【보험금 등의 지급절차】	576
제10조 【보험수익자의 지정】	578
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	578
제11조 【계약 전 알릴 의무】	578
제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	579
제4관 특약의 성립과 유지	581
제13조 【특약의 성립 및 소멸】	581
제14조 【특약의 무효】	582
제15조 【회사의 보장개시】	583
제16조 【피보험자의 범위】	583
제17조 【특약내용의 변경 등】	583
제18조 【특약의 갱신】	585
제19조 【특약의 보험기간】	587
제5관 보험료의 납입	587
제20조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	587
제21조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	587
제22조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	589

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 590

제23조 【계약자의 임의해지】 590

제23조의2 【위법계약의 해지】 590

제24조 【해약환급금】 591

제25조 【배당금의 지급】 592

제7관 기타사항 592

제26조 【주계약 약관 규정의 준용】 592

[별표 1] 보험금 지급기준표 593

[별표 2] 대상이 되는 악성신생물 분류표 596

[별표 3] 기타 피부의 악성신생물 분류표 597

[별표 4] 갑상선의 악성신생물 분류표 598

[별표 5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 599

항암중입자방사선치료특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 600

제1조 【목적】 600

제2조 【용어의 정의】 600

제2관 보험금의 지급 601

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】 601

제4조 【‘항암방사선치료’의 정의】 604

제5조 【‘항암양성자방사선치료’의 정의】 604

제6조 【‘항암중입자방사선치료’의 정의】 604

제7조 【보험금의 지급사유】 604

제8조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】 604

제9조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】 606

제10조 【보험금 등의 청구】 607

제11조 【보험금 등의 지급절차】 607

제12조 【보험수익자의 지정】 609

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ————— 609

제13조 【계약 전 알릴 의무】 ————— 609

제14조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ————— 610

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 612

제15조 【특약의 성립 및 소멸】 ————— 612

제16조 【특약의 무효】 ————— 614

제17조 【회사의 보장개시】 ————— 614

제18조 【피보험자의 범위】 ————— 615

제19조 【특약내용의 변경 등】 ————— 615

제20조 【특약의 갱신】 ————— 616

제21조 【특약의 보험기간】 ————— 618

제5관 보험료의 납입 ————— 618

제22조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 618

제23조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 — 619

제24조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 — 620

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 621

제25조 【계약자의 임의해지】 ————— 621

제25조의2 【위법계약의 해지】 ————— 621

제26조 【해약환급금】 ————— 622

제27조 【배당금의 지급】 ————— 623

제7관 기타사항 ————— 623

제28조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 623

【별표 1】 보험금 지급기준표 ————— 624

【별표 2】 대상이 되는 악성신생물 분류표 ————— 626

【별표 3】 기타 피부의 악성신생물 분류표 ————— 628

【별표 4】 갑상선의 악성신생물 분류표 ————— 628

【별표 5】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 629

뇌혈관 · 허혈성심질환주요치료특약
(연간1회,10년한도)|갱신형,비갱신형,무배당_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	630
제1조 【목적】	630
제2조 【용어의 정의】	630
제2관 보험금의 지급	632
제3조 【‘뇌혈관질환’의 정의 및 진단확정】	632
제4조 【‘허혈성심질환’의 정의 및 진단확정】	634
제5조 【‘수술’의 정의와 장소】	635
제6조 【‘혈전용해치료’의 정의】	637
제7조 【‘종합병원이상 중환자실치료’의 정의】	637
제8조 【‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’의 정의】	640
제9조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】	640
제10조 【보험금의 지급사유】	641
제11조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	643
제12조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	644
제13조 【보험금 등의 청구】	644
제14조 【보험금 등의 지급절차】	645
제15조 【보험수익자의 지정】	646
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	646
제16조 【계약 전 알릴 의무】	646
제17조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	647
제4관 특약의 성립과 유지	649
제18조 【특약의 성립 및 소멸】	649
제19조 【특약의 무효】	651
제20조 【회사의 보장개시】	651
제21조 【피보험자의 범위】	651
제22조 【특약내용의 변경 등】	652
제23조 【특약의 갱신】	653
제24조 【특약의 보험기간】	655

제5관 보험료의 납입 ————— 655

제25조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 655

제26조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 — 655

제27조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 — 657

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 658

제28조 【계약자의 임의해지】 ————— 658

제28조의2 【위법계약의 해지】 ————— 658

제29조 【해약환급금】 ————— 659

제30조 【배당금의 지급】 ————— 660

제7관 기타사항 ————— 660

제31조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 660

[별표 1] 보험금 지급기준표 ————— 661

[별표 2] 뇌혈관질환 분류표 ————— 663

[별표 3] 허혈성심질환 분류표 ————— 664

[별표 4] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 665

**상급종합병원뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약
(연간1회,10년한도)|갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관**

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 666

제1조 【목적】 ————— 666

제2조 【용어의 정의】 ————— 666

제2관 보험금의 지급 ————— 668

제3조 【 ‘뇌혈관질환’ 의 정의 및 진단확정 】 ————— 668

제4조 【 ‘허혈성심질환’ 의 정의 및 진단확정 】 ————— 670

제5조 【 ‘수술’ 의 정의와 장소 】 ————— 671

제6조 【 ‘혈전용해치료’ 의 정의 】 ————— 673

제7조 【 ‘상급종합병원 중환자실치료’ 의 정의 】 ————— 673

제8조 【 ‘상급종합병원’ 의 정의 】 ————— 675

제9조 【 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’ 의 정의 】 676

제10조 【법령 등의 개정 등에 따른 특약 내용의 변경】	676
제11조 【보험금의 지급사유】	677
제12조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	678
제13조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	680
제14조 【보험금 등의 청구】	680
제15조 【보험금 등의 지급절차】	681
제16조 【보험수익자의 지정】	682
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	682
제17조 【계약 전 알릴 의무】	682
제18조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	683
제4관 특약의 성립과 유지	685
제19조 【특약의 성립 및 소멸】	685
제20조 【특약의 무효】	687
제21조 【회사의 보장개시】	687
제22조 【피보험자의 범위】	687
제23조 【특약내용의 변경 등】	687
제24조 【특약의 갱신】	689
제25조 【특약의 보험기간】	690
제5관 보험료의 납입	691
제26조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	691
제27조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	691
제28조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	693
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	693
제29조 【계약자의 임의해지】	693
제29조의2 【위법계약의 해지】	694
제30조 【해약환급금】	695
제31조 【배당금의 지급】	696
제7관 기타사항	696
제32조 【주계약 약관 규정의 준용】	696

[별표 1] 보험금 지급기준표	697
[별표 2] 뇌혈관질환 분류표	699
[별표 3] 허혈성심질환 분류표	700
[별표 4] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	701

고혈압(원발성)약물치료특약 | 갱신형,비갱신형,무배당_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	702
제1조 【목적】	702
제2조 【용어의 정의】	702
제2관 보험금의 지급	703
제3조 【‘원발성 고혈압’ 및 ‘원발성 고혈압 약물치료’의 정의 및 진단 확정】	703
제4조 【보험금의 지급사유】	705
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	705
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	707
제7조 【보험금의 청구】	707
제8조 【보험금의 지급절차】	708
제9조 【보험수익자의 지정】	709
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	709
제10조 【계약 전 알릴 의무】	709
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	710
제4관 특약의 성립과 유지	712
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	712
제13조 【특약의 무효】	713
제14조 【회사의 보장개시】	714
제15조 【피보험자의 범위】	714
제16조 【특약내용의 변경 등】	714
제17조 【특약의 갱신】	716
제18조 【특약의 보험기간】	718

제5관 보험료의 납입 ————— 718

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 718

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 — 718

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 — 720

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 721

제22조 【계약자의 임의해지】 ————— 721

제22조의2 【위법계약의 해지】 ————— 721

제23조 【해약환급금】 ————— 722

제24조 【배당금의 지급】 ————— 723

제7관 기타사항 ————— 723

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 723

[별표 1] 보험금 지급기준표 ————— 724

[별표 2] 원발성 고혈압 분류표 ————— 727

[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 728

**당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약
I 갱신형,비갱신형,무배당_W 약관**

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 729

제1조 【목적】 ————— 729

제2조 【용어의 정의】 ————— 729

제2관 보험금의 지급 ————— 730

제3조 【 ‘당뇨병(당화혈색소6.5%이상)’ 의 정의 및 진단 확정】 - 730

제4조 【보험금의 지급사유】 ————— 732

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】 ————— 732

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】 ————— 733

제7조 【보험금의 청구】 ————— 734

제8조 【보험금의 지급절차】 ————— 734

제9조 【보험수익자의 지정】 ————— 735

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ————— 736

제10조 【계약 전 알릴 의무】 ————— 736

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ————— 736

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 738

제12조 【특약의 성립 및 소멸】 ————— 738

제13조 【특약의 무효】 ————— 740

제14조 【회사의 보장개시】 ————— 741

제15조 【피보험자의 범위】 ————— 741

제16조 【특약내용의 변경 등】 ————— 741

제17조 【특약의 갱신】 ————— 742

제18조 【특약의 보험기간】 ————— 744

제5관 보험료의 납입 ————— 744

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 744

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 — 745

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 — 747

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 747

제22조 【계약자의 임의해지】 ————— 747

제22조의2 【위법계약의 해지】 ————— 747

제23조 【해약환급금】 ————— 748

제24조 【배당금의 지급】 ————— 749

제7관 기타사항 ————— 749

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 749

【별표 1】 보험금 지급기준표 ————— 750

【별표 2】 당뇨병 분류표 ————— 753

【별표 3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 754

**당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약
|갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관**

제1관 목적 및 용어의 정의	755
제1조 【목적】	755
제2조 【용어의 정의】	755
제2관 보험금의 지급	756
제3조 【‘당뇨병(당화혈색소7.5%이상)’의 정의 및 진단 확정】	756
제4조 【보험금의 지급사유】	758
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	759
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	759
제7조 【보험금의 청구】	760
제8조 【보험금의 지급절차】	760
제9조 【보험수익자의 지정】	761
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	762
제10조 【계약 전 알릴 의무】	762
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	762
제4관 특약의 성립과 유지	764
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	764
제13조 【특약의 무효】	766
제14조 【회사의 보장개시】	766
제15조 【피보험자의 범위】	767
제16조 【특약내용의 변경 등】	767
제17조 【특약의 갱신】	768
제18조 【특약의 보험기간】	770
제5관 보험료의 납입	770
제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	770
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	771
제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	772

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 773

제22조 【계약자의 임의해지】 ————— 773

제22조의2 【위법계약의 해지】 ————— 773

제23조 【해약환급금】 ————— 774

제24조 【배당금의 지급】 ————— 775

제7관 기타사항 ————— 775

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 775

[별표 1] 보험금 지급기준표 ————— 776

[별표 2] 당뇨병 분류표 ————— 778

[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 779

**당뇨병(당화혈색소9.0%이상)진단특약
|갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관**

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 780

제1조 【목적】 ————— 780

제2조 【용어의 정의】 ————— 780

제2관 보험금의 지급 ————— 781

제3조 【 ‘당뇨병(당화혈색소9.0%이상)’ 의 정의 및 진단 확정 】 - 781

제4조 【보험금의 지급사유】 ————— 783

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】 ————— 783

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】 ————— 784

제7조 【보험금의 청구】 ————— 785

제8조 【보험금의 지급절차】 ————— 785

제9조 【보험수익자의 지정】 ————— 786

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ————— 786

제10조 【계약 전 알릴 의무】 ————— 786

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ————— 787

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 789

제12조 【특약의 성립 및 소멸】 ————— 789

제13조 【특약의 무효】 ————— 791

제14조 【회사의 보장개시】 ————— 791

제15조 【피보험자의 범위】 ————— 792

제16조 【특약내용의 변경 등】 ————— 792

제17조 【특약의 갱신】 ————— 793

제18조 【특약의 보험기간】 ————— 795

제5관 보험료의 납입 ————— 795

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 795

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 — 796

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 — 797

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 798

제22조 【계약자의 임의해지】 ————— 798

제22조의2 【위법계약의 해지】 ————— 798

제23조 【해약환급금】 ————— 799

제24조 【배당금의 지급】 ————— 800

제7관 기타사항 ————— 800

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 800

【별표 1】 보험금 지급기준표 ————— 801

【별표 2】 당뇨병 분류표 ————— 803

【별표 3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 804

대상포진진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 805

제1조 【목적】 ————— 805

제2조 【용어의 정의】 ————— 805

제2관 보험금의 지급 ————— 806

제3조 【‘대상포진’의 정의 및 진단 확정】 ————— 806

제4조 【보험금의 지급사유】 ————— 808

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】 ————— 808

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】 ————— 809

제7조 【보험금의 청구】 ————— 810

제8조 【보험금의 지급절차】 ————— 810

제9조 【보험수익자의 지정】 ————— 811

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등 ————— 812

제10조 【계약 전 알릴 의무】 ————— 812

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ————— 812

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 814

제12조 【특약의 성립 및 소멸】 ————— 814

제13조 【특약의 무효】 ————— 816

제14조 【회사의 보장개시】 ————— 816

제15조 【피보험자의 범위】 ————— 817

제16조 【특약내용의 변경 등】 ————— 817

제17조 【특약의 갱신】 ————— 818

제18조 【특약의 보험기간】 ————— 820

제5관 보험료의 납입 ————— 820

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 820

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 — 821

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 — 822

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 823

제22조 【계약자의 임의해지】 ————— 823

제22조의2 【위법계약의 해지】 ————— 823

제23조 【해약환급금】 ————— 824

제24조 【배당금의 지급】 ————— 825

제7관 기타사항	825
제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	825
[별표 1] 보험금 지급기준표	826
[별표 2] 대상포진 분류표	828
[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	829

통풍진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	830
제1조 【목적】	830
제2조 【용어의 정의】	830
제2관 보험금의 지급	831
제3조 【‘통풍’의 정의 및 진단 확정】	831
제4조 【보험금의 지급사유】	833
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	833
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	834
제7조 【보험금의 청구】	834
제8조 【보험금의 지급절차】	835
제9조 【보험수익자의 지정】	836
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	836
제10조 【계약 전 알릴 의무】	836
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	837
제4관 특약의 성립과 유지	839
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	839
제13조 【특약의 무효】	840
제14조 【회사의 보장개시】	841
제15조 【피보험자의 범위】	841
제16조 【특약내용의 변경 등】	841
제17조 【특약의 갱신】	842
제18조 【특약의 보험기간】	844

제5관 보험료의 납입 ————— 844

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 844

제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 — 845

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 — 847

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 847

제22조 【계약자의 임의해지】 ————— 847

제22조의2 【위법계약의 해지】 ————— 847

제23조 【해약환급금】 ————— 848

제24조 【배당금의 지급】 ————— 849

제7관 기타사항 ————— 849

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 849

[별표 1] 보험금 지급기준표 ————— 850

[별표 2] 통풍 분류표 ————— 851

[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 852

**2대주요질병(뇌혈관질환,심질환)수술특약
| 갱신형,비갱신형,무배당_W 약관**

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 853

제1조 【목적】 ————— 853

제2조 【용어의 정의】 ————— 853

제2관 보험금의 지급 ————— 854

제3조 【‘2대주요질병(뇌혈관질환,심질환)’의 정의 및 진단 확정】 — 854

제4조 【‘수술’의 정의와 장소】 ————— 857

제5조 【보험금의 지급사유】 ————— 860

제6조 【보험금 지급에 관한 세부규정】 ————— 860

제7조 【보험금을 지급하지 않는 사유】 ————— 861

제8조 【보험금의 청구】 ————— 861

제9조 【보험금의 지급절차】 ————— 862

제10조 【보험수익자의 지정】 ————— 863

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등 ————— 863

제11조 【계약 전 알릴 의무】 ————— 863

제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ————— 864

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 866

제13조 【특약의 성립 및 소멸】 ————— 866

제14조 【특약의 무효】 ————— 868

제15조 【회사의 보장개시】 ————— 868

제16조 【피보험자의 범위】 ————— 868

제17조 【특약내용의 변경 등】 ————— 868

제18조 【특약의 갱신】 ————— 870

제19조 【특약의 보험기간】 ————— 871

제5관 보험료의 납입 ————— 872

제20조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 872

제21조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 — 872

제22조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 — 874

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 875

제23조 【계약자의 임의해지】 ————— 875

제23조의2 【위법계약의 해지】 ————— 875

제24조 【해약환급금】 ————— 876

제25조 【배당금의 지급】 ————— 877

제7관 기타사항 ————— 877

제26조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 877

【별표 1】 보험금 지급기준표 ————— 878

【별표 2】 2대주요질병(뇌혈관질환,심질환) 분류표 ————— 880

【별표 3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 882

2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)수술특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	883
제1조 【목적】	883
제2조 【용어의 정의】	883
제2관 보험금의 지급	884
제3조 【‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)’의 정의 및 진단 확정】	884
제4조 【‘수술’의 정의와 장소】	886
제5조 【보험금의 지급사유】	888
제6조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	889
제7조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	889
제8조 【보험금의 청구】	890
제9조 【보험금의 지급절차】	890
제10조 【보험수익자의 지정】	891
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	892
제11조 【계약 전 알릴 의무】	892
제12조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	892
제4관 특약의 성립과 유지	894
제13조 【특약의 성립 및 소멸】	894
제14조 【특약의 무효】	896
제15조 【회사의 보장개시】	896
제16조 【피보험자의 범위】	897
제17조 【특약내용의 변경 등】	897
제18조 【특약의 갱신】	898
제19조 【특약의 보험기간】	900
제5관 보험료의 납입	900
제20조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	900
제21조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	901
제22조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	902

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	903
제23조 【계약자의 임의해지】	903
제23조의2 【위법계약의 해지】	903
제24조 【해약환급금】	904
제25조 【배당금의 지급】	905
제7관 기타사항	905
제26조 【주계약 약관 규정의 준용】	905
[별표 1] 보험금 지급기준표	906
[별표 2] 2대주요질병(간·췌장질환,폐질환) 분류표	908
[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	910

뇌졸중진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	911
제1조 【목적】	911
제2조 【용어의 정의】	911
제2관 보험금의 지급	912
제3조 【‘뇌졸중’의 정의 및 진단확정】	912
제4조 【보험금의 지급사유】	915
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	915
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	916
제7조 【보험금의 청구】	916
제8조 【보험금의 지급절차】	916
제9조 【보험수익자의 지정】	918
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	918
제10조 【계약 전 알릴 의무】	918
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	919
제4관 특약의 성립과 유지	921
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	921

제13조 【특약의 무효】	922
제14조 【회사의 보장개시】	923
제15조 【피보험자의 범위】	923
제16조 【특약내용의 변경 등】	923
제17조 【특약의 갱신】	925
제18조 【특약의 보험기간】	926

제5관 보험료의 납입 927

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	927
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	927
제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	929

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 930

제22조 【계약자의 임의해지】	930
제22조의2 【위법계약의 해지】	930
제23조 【해약환급금】	931
제24조 【배당금의 지급】	932

제7관 기타사항 932

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	932

【별표 1】 보험금 지급기준표 933

【별표 2】 뇌졸중 분류표 935

【별표 3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 936

뇌혈관질환진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 937

제1조 【목적】	937
제2조 【용어의 정의】	937

제2관 보험금의 지급 938

제3조 【 ‘뇌혈관질환’ 의 정의 및 진단확정 】	938
제4조 【보험금의 지급사유】	940

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	940
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	941
제7조 【보험금의 청구】	942
제8조 【보험금의 지급절차】	942
제9조 【보험수익자의 지정】	944
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	944
제10조 【계약 전 알릴 의무】	944
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	944
제4관 특약의 성립과 유지	946
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	946
제13조 【특약의 무효】	948
제14조 【회사의 보장개시】	949
제15조 【피보험자의 범위】	949
제16조 【특약내용의 변경 등】	949
제17조 【특약의 갱신】	951
제18조 【특약의 보험기간】	952
제5관 보험료의 납입	953
제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	953
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	953
제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	955
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	955
제22조 【계약자의 임의해지】	955
제22조의2 【위법계약의 해지】	956
제23조 【해약환급금】	957
제24조 【배당금의 지급】	957
제7관 기타사항	958
제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	958
【별표 1】 보험금 지급기준표	959

[별표 2] 뇌혈관질환 분류표	961
[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	962

급성심근경색증진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	963
제1조 【목적】	963
제2조 【용어의 정의】	963
제2관 보험금의 지급	964
제3조 【‘급성심근경색증’의 정의 및 진단확정】	964
제4조 【보험금의 지급사유】	966
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	966
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	967
제7조 【보험금의 청구】	968
제8조 【보험금의 지급절차】	968
제9조 【보험수익자의 지정】	969
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	970
제10조 【계약 전 알릴 의무】	970
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	970
제4관 특약의 성립과 유지	972
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	972
제13조 【특약의 무효】	974
제14조 【회사의 보장개시】	974
제15조 【피보험자의 범위】	975
제16조 【특약내용의 변경 등】	975
제17조 【특약의 갱신】	976
제18조 【특약의 보험기간】	978
제5관 보험료의 납입	978
제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	978
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	979

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	980

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 981

제22조 【계약자의 임의해지】	981
제22조의2 【위법계약의 해지】	981
제23조 【해약환급금】	982
제24조 【배당금의 지급】	983

제7관 기타사항 983

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	983

[별표 1] 보험금 지급기준표 984

[별표 2] 급성심근경색증 분류표 986

[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 987

허혈성심질환진단특약 | 갱신형,비갱신형,무배당_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 988

제1조 【목적】	988
제2조 【용어의 정의】	988

제2관 보험금의 지급 989

제3조 【‘허혈성심질환’의 정의 및 진단확정】	989
제4조 【보험금의 지급사유】	991
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	991
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	992
제7조 【보험금의 청구】	993
제8조 【보험금의 지급절차】	993
제9조 【보험수익자의 지정】	994

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등 995

제10조 【계약 전 알릴 의무】	995
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	995

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 997

제12조 【특약의 성립 및 소멸】	997
제13조 【특약의 무효】	999
제14조 【회사의 보장개시】	999
제15조 【피보험자의 범위】	1000
제16조 【특약내용의 변경 등】	1000
제17조 【특약의 갱신】	1001
제18조 【특약의 보험기간】	1003

제5관 보험료의 납입 ————— 1003

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	1003
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	1004
제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	1005

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 1006

제22조 【계약자의 임의해지】	1006
제22조의2 【위법계약의 해지】	1006
제23조 【해약환급금】	1007
제24조 【배당금의 지급】	1008

제7관 기타사항 ————— 1008

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	1008

【별표 1】 보험금 지급기준표 ————— 1009

【별표 2】 허혈성심질환 분류표 ————— 1011

【별표 3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 1012

플러스뇌혈관질환통원특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 1013

제1조 【목적】	1013
제2조 【용어의 정의】	1013

제2관 보험금의 지급 ————— 1014

제3조 【‘뇌혈관질환’의 정의 및 진단확정】	1014
제4조 【‘통원’의 정의와 장소】	1017
제5조 【‘상급종합병원’의 정의】	1017
제5조의 2 【법령 등의 개정 등에 따른 특약내용의 변경】	1018
제6조 【보험금의 지급사유】	1019
제7조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	1019
제8조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	1020
제9조 【보험금의 청구】	1021
제10조 【보험금의 지급절차】	1021
제11조 【보험수익자의 지정】	1022

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등 ————— 1023

제12조 【계약 전 알릴 의무】	1023
제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	1023

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 1025

제14조 【특약의 성립 및 소멸】	1025
제15조 【특약의 무효】	1027
제16조 【회사의 보장개시】	1028
제17조 【피보험자의 범위】	1028
제18조 【특약내용의 변경 등】	1028
제19조 【특약의 갱신】	1029
제20조 【특약의 보험기간】	1031

제5관 보험료의 납입 ————— 1031

제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	1031
제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	1032
제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	1033

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 1034

제24조 【계약자의 임의해지】	1034
제24조의2 【위법계약의 해지】	1034
제25조 【해약환급금】	1035

제26조 【배당금의 지급】	1036

제7관 기타사항 1037

제27조 【주계약 약관 규정의 준용】	1037

【별표 1】 보험금 지급기준표	1038

【별표 2】 뇌혈관질환 분류표	1039

【별표 3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	1040

플러스허혈성심질환통원특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 1041

제1조 【목적】	1041

제2조 【용어의 정의】	1041

제2관 보험금의 지급 1042

제3조 【‘허혈성심질환’의 정의 및 진단확정】	1042

제4조 【‘통원’의 정의와 장소】	1044

제5조 【‘상급종합병원’의 정의】	1045

제5조의 2 【법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경】	1046

제6조 【보험금의 지급사유】	1046

제7조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	1047

제8조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	1048

제9조 【보험금의 청구】	1049

제10조 【보험금의 지급절차】	1049

제11조 【보험수익자의 지정】	1050

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등 1050

제12조 【계약 전 알릴 의무】	1050

제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	1051

제4관 특약의 성립과 유지 1053

제14조 【특약의 성립 및 소멸】	1053

제15조 【특약의 무효】	1055

제16조 【회사의 보장개시】	1055
제17조 【피보험자의 범위】	1056
제18조 【특약내용의 변경 등】	1056
제19조 【특약의 갱신】	1057
제20조 【특약의 보험기간】	1059

제5관 보험료의 납입 1059

제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	1059
제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	1060
제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	1061

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 1062

제24조 【계약자의 임의해지】	1062
제24조의2 【위법계약의 해지】	1062
제25조 【해약환급금】	1063
제26조 【배당금의 지급】	1064

제7관 기타사항 1064

제27조 【주계약 약관 규정의 준용】	1064

[별표 1] 보험금 지급기준표	1065
[별표 2] 허혈성심질환 분류표	1066
[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	1067

수술특약 |갱신형,무배당|_TW 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 1068	
제1조 【목적】	1068
제2조 【용어의 정의】	1068

제2관 보험금의 지급 1068

제3조 【‘수술’의 정의와 장소】	1068
제4조 【보험금의 지급사유】	1070
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	1070

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	1071
제7조 【보험금의 청구】	1071
제8조 【보험금의 지급절차】	1072
제9조 【보험수익자의 지정】	1073
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	1073
제10조 【계약 전 알릴 의무】	1073
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	1074
제4관 특약의 성립과 유지	1076
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	1076
제13조 【특약의 무효】	1077
제14조 【회사의 보장개시】	1078
제15조 【피보험자의 범위】	1078
제16조 【특약내용의 변경 등】	1078
제17조 【특약의 갱신】	1079
제18조 【특약의 보험기간】	1081
제5관 보험료의 납입	1081
제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	1081
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	1082
제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	1083
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	1084
제22조 【계약자의 임의해지】	1084
제22조의2 【위법계약의 해지】	1084
제23조 【해약환급금】	1085
제24조 【배당금의 지급】	1086
제7관 기타사항	1086
제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	1086
[별표 1] 보험금 지급기준표	1087
[별표 2] 수술 분류표	1088

[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	1096

플러스수술특약 II [갱신형,비갱신형,무배당]_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	1097
제1조 【목적】	1097
제2조 【용어의 정의】	1097
제2관 보험금의 지급	1098
제3조 【‘수술’의 정의와 장소】	1098
제4조 【보험금의 지급사유】	1100
제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	1101
제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	1102
제7조 【보험금의 청구】	1102
제8조 【보험금의 지급절차】	1102
제9조 【보험수익자의 지정】	1104
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	1104
제10조 【계약 전 알릴 의무】	1104
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	1105
제4관 특약의 성립과 유지	1107
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	1107
제13조 【특약의 무효】	1109
제14조 【회사의 보장개시】	1109
제15조 【피보험자의 범위】	1109
제16조 【특약내용의 변경 등】	1109
제17조 【특약의 갱신】	1111
제18조 【특약의 보험기간】	1113
제5관 보험료의 납입	1113
제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	1113
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	1113
제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	1115

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 1116

제22조 【계약자의 임의해지】 ————— 1116

제22조의2 【위법계약의 해지】 ————— 1116

제23조 【해약환급금】 ————— 1117

제24조 【배당금의 지급】 ————— 1118

제7관 기타사항 ————— 1118

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 1118

[별표 1] 보험금 지급기준표 ————— 1119

[별표 2] 1~5종 수술 분류표 ————— 1121

[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 1129

급여수술[기본]특약 |갱신형,무배당|_TW 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 1130

제1조 【목적】 ————— 1130

제2조 【용어의 정의】 ————— 1130

제2관 보험금의 지급 ————— 1131

제3조 【 ‘급여수술’ 의 정의와 장소】 ————— 1131

제4조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】 ————— 1134

제5조 【 ‘입원’ 의 정의와 장소】 ————— 1135

제6조 【 ‘통원’ 의 정의와 장소】 ————— 1135

제7조 【보험금의 지급사유】 ————— 1135

제8조 【보험금 지급에 관한 세부규정】 ————— 1136

제9조 【보험금을 지급하지 않는 사유】 ————— 1137

제10조 【보험금의 청구】 ————— 1138

제11조 【보험금의 지급절차】 ————— 1138

제12조 【보험수익자의 지정】 ————— 1140

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ————— 1140

제13조 【계약 전 알릴 의무】 ————— 1140

제14조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ————— 1140

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 1142

제15조 【특약의 성립 및 소멸】 ————— 1142

제16조 【특약의 무효】 ————— 1144

제17조 【회사의 보장개시】 ————— 1144

제18조 【피보험자의 범위】 ————— 1144

제19조 【특약내용의 변경 등】 ————— 1144

제20조 【특약의 갱신】 ————— 1146

제21조 【특약의 보험기간】 ————— 1148

제5관 보험료의 납입 ————— 1148

제22조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ——— 1148

제23조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 - 1148

제24조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 - 1150

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 1151

제25조 【계약자의 임의해지】 ————— 1151

제25조의2 【위법계약의 해지】 ————— 1151

제26조 【해약환급금】 ————— 1152

제27조 【배당금의 지급】 ————— 1153

제7관 기타사항 ————— 1153

제28조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 1153

【별표 1】 보험금 지급기준표 ————— 1154

【별표 2】 수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표 ————— 1155

【별표 3】 급여수술분류표 ————— 1157

【별표 4】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 1185

급여수술[원인]특약 |갱신형,무배당_TW 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 1186

제1조 【목적】 ————— 1186

제2조 【용어의 정의】 ————— 1186

제2관 보험금의 지급 ————— 1187

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단확정】	1187
제4조 【‘제자리암’, ‘경계성종양’의 정의 및 진단 확정】	1189
제5조 【‘뇌질환’의 정의 및 진단확정】	1190
제6조 【‘심장질환’의 정의 및 진단확정】	1192
제7조 【‘4대질환’의 정의 및 진단 확정】	1193
제8조 【‘특정재해’의 정의 및 진단 확정】	1193
제9조 【‘급여수술’의 정의와 장소】	1194
제10조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】	1195
제11조 【‘입원’의 정의와 장소】	1196
제12조 【‘통원’의 정의와 장소】	1197
제13조 【보험금의 지급사유】	1197
제14조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	1198
제15조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	1200
제16조 【보험금의 청구】	1200
제17조 【보험금의 지급절차】	1201
제18조 【보험수익자의 지정】	1202

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ————— 1202

제19조 【계약 전 알릴 의무】	1202
제20조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	1203

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 1205

제21조 【특약의 성립 및 소멸】	1205
제22조 【특약의 무효】	1206
제23조 【회사의 보장개시】	1207
제24조 【피보험자의 범위】	1207
제25조 【특약내용의 변경 등】	1207
제26조 【특약의 갱신】	1208
제27조 【특약의 보험기간】	1210

제5관 보험료의 납입 ————— 1210

제28조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	1210
제29조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	1210

제30조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	1212

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 1213

제31조 【계약자의 임의해지】	1213
제31조의2 【위법계약의 해지】	1213
제32조 【해약환급금】	1214
제33조 【배당금의 지급】	1214

제7관 기타사항 1215

제34조 【주계약 약관 규정의 준용】	1215

【별표 1】 보험금 지급기준표	1216
【별표 2】 대상이 되는 악성신 생물 분류표	1218
【별표 3】 기타 피부의 악성신 생물 분류표	1220
【별표 4】 갑상선의 악성신 생물 분류표	1220
【별표 5】 제자리의 신 생물 분류표 (대장점막내암 제외)	1221
【별표 6】 행동양식 불명 또는 미상의 신 생물 분류표	1222
【별표 7】 뇌질환 분류표	1223
【별표 8】 심장질환 분류표	1224
【별표 9】 4대질환 분류표	1225
【별표 10】 특정재해 분류표	1226
【별표 11】 수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표	1227
【별표 12】 급여수술 분류표	1229
【별표 13】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	1256

급여수술[방법]특약 |갱신형,무배당|_TW 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 1257

제1조 【목적】	1257
제2조 【용어의 정의】	1257

제2관 보험금의 지급 1258

제3조 【 ‘급여수술’ 의 정의와 장소】	1258
제4조 【 ‘수술방법별 급여수술’ 의 정의】	1261

제5조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】	1262
제6조 【‘입원’의 정의와 장소】	1263
제7조 【‘통원’의 정의와 장소】	1263
제8조 【보험금의 지급사유】	1264
제9조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	1264
제10조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	1266
제11조 【보험금의 청구】	1267
제12조 【보험금의 지급절차】	1267
제13조 【보험수익자의 지정】	1268

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 1269

제14조 【계약 전 알릴 의무】	1269
제15조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	1269

제4관 특약의 성립과 유지 1271

제16조 【특약의 성립 및 소멸】	1271
제17조 【특약의 무효】	1272
제18조 【회사의 보장개시】	1273
제19조 【피보험자의 범위】	1273
제20조 【특약내용의 변경 등】	1273
제21조 【특약의 갱신】	1274
제22조 【특약의 보험기간】	1276

제5관 보험료의 납입 1276

제23조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	1276
제24조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	1277
제25조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	1278

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 1279

제26조 【계약자의 임의해지】	1279
제26조의2 【위법계약의 해지】	1279
제27조 【해약환급금】	1280
제28조 【배당금의 지급】	1281

제7관 기타사항 ————— 1281

제29조 【주계약 약관 규정의 준용】	1281

[별표 1] 보험금 지급기준표	1282

[별표 2] 수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표	1284

[별표 3] 급여수술 분류표	1286

[별표 4] 수술방법별 급여수술 분류표	1311

[별표 5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	1321

첫날부터입원특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 1322

제1조 【목적】	1322

제2조 【용어의 정의】	1322

제2관 보험금의 지급 ————— 1323

제3조 【‘입원’의 정의와 장소】	1323

제4조 【보험금의 지급사유】	1325

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	1325

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	1326

제7조 【보험금의 청구】	1327

제8조 【보험금의 지급절차】	1327

제9조 【보험수익자의 지정】	1329

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ————— 1329

제10조 【계약 전 알릴 의무】	1329

제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	1329

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 1331

제12조 【특약의 성립 및 소멸】	1331

제13조 【특약의 무효】	1333

제14조 【회사의 보장개시】	1334

제15조 【피보험자의 범위】	1334

제16조 【특약내용의 변경 등】	1334

제17조 【특약의 갱신】	1335
제18조 【특약의 보험기간】	1337

제5관 보험료의 납입 1337

제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	1337
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	1338
제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	1339

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 1340

제22조 【계약자의 임의해지】	1340
제22조의2 【위법계약의 해지】	1340
제23조 【해약환급금】	1341
제24조 【배당금의 지급】	1342

제7관 기타사항 1342

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	1342

【별표 1】 보험금 지급기준표	1343
【별표 2】 질병 및 재해분류표	1344
【별표 3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	1346

재해골절특약 II [갱신형,비갱신형,무배당]_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 1347

제1조 【목적】	1347
제2조 【용어의 정의】	1347

제2관 보험금의 지급 1348

제3조 【‘재해골절’의 정의 및 진단확정】	1348
제4조 【보험금의 지급사유】	1349
제5조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	1350
제6조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	1350
제7조 【보험금 등의 청구】	1351
제8조 【보험금 등의 지급절차】	1351

제9조 【보험수익자의 지정】	1353
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	1353
제10조 【계약 전 알릴 의무】	1353
제11조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】	1353
제4관 특약의 성립과 유지	1355
제12조 【특약의 성립 및 소멸】	1355
제13조 【특약의 무효】	1357
제14조 【회사의 보장개시】	1357
제15조 【피보험자의 범위】	1357
제16조 【특약내용의 변경 등】	1357
제17조 【특약의 갱신】	1359
제18조 【특약의 보험기간】	1360
제5관 보험료의 납입	1361
제19조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	1361
제20조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	1361
제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	1363
제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등	1364
제22조 【계약자의 임의해지】	1364
제22조의2 【위법계약의 해지】	1364
제23조 【해약환급금】	1365
제24조 【배당금의 지급】	1366
제7관 기타사항	1366
제25조 【주계약 약관 규정의 준용】	1366
[별표 1] 보험금 지급기준표	1367
[별표 2] 재해골절 분류표(치아의 파절 제외)	1368
[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	1369

간병인사용입원(요양병원제외)특약II | 갱신행,비갱신행,무배당_W 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 1370

제1조 【목적】 ————— 1370

제2조 【용어의 정의】 ————— 1370

제2관 보험금의 지급 ————— 1371

제3조 【‘입원’의 정의와 장소】 ————— 1371

제4조 【‘간병인’ 및 ‘간병서비스’의 정의】 ————— 1373

제5조 【법령 등의 개정 등에 따른 특약 내용의 변경】 ————— 1373

제6조 【보험금의 지급사유】 ————— 1374

제7조 【보험금 지급에 관한 세부규정】 ————— 1375

제8조 【보험금을 지급하지 않는 사유】 ————— 1377

제9조 【보험금의 청구】 ————— 1377

제10조 【보험금의 지급절차】 ————— 1378

제11조 【보험수익자의 지정】 ————— 1379

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ————— 1380

제12조 【계약 전 알릴 의무】 ————— 1380

제13조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ————— 1380

제4관 특약의 성립과 유지 ————— 1382

제14조 【특약의 성립 및 소멸】 ————— 1382

제15조 【특약의 무효】 ————— 1384

제16조 【회사의 보장개시】 ————— 1385

제17조 【피보험자의 범위】 ————— 1385

제18조 【특약내용의 변경 등】 ————— 1385

제19조 【특약의 갱신】 ————— 1386

제20조 【특약의 보험기간】 ————— 1388

제5관 보험료의 납입 ————— 1388

제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 ————— 1388

제22조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 - 1389

제23조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 - 1390

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등 ————— 1391

제24조 【계약자의 임의해지】 ————— 1391

제24조의2 【위법계약의 해지】 ————— 1391

제25조 【해약환급금】 ————— 1392

제26조 【배당금의 지급】 ————— 1393

제7관 기타사항 ————— 1393

제27조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 1393

[별표 1] 보험금 지급기준표 ————— 1394

[별표 2] 질병 및 재해II 분류표 ————— 1398

[별표 3] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ————— 1400

선지급서비스특약 약관

제1관 보험금의 지급 ————— 1401

제1조 【보험금의 지급사유】 ————— 1401

제2조 【보험금 지급에 관한 세부규정】 ————— 1401

제3조 【보험금을 지급하지 않는 보험사고】 ————— 1402

제4조 【보험금의 지정대리청구인】 ————— 1402

제5조 【지정대리청구인의 변경지정】 ————— 1402

제6조 【보험금의 청구】 ————— 1402

제7조 【보험금의 지급절차】 ————— 1403

제2관 특약의 성립과 유지 ————— 1403

제8조 【특약의 성립 및 소멸】 ————— 1403

제9조 【회사의 보장개시】 ————— 1404

제10조 【피보험자의 범위】 ————— 1404

제11조 【특약 내용의 변경】 ————— 1404

제12조 【특약의 보험기간】 ————— 1404

제3관 보험료의 납입 ————— 1404

제13조 【특약 보험료의 납입】 ————— 1404

제14조 【해지된 특약의 부활(효력회복)】 ————— 1404

제4관 특약의 해지 ————— 1405

제15조 【계약자의 임의해지】 ————— 1405

제5관 기타사항 ————— 1405

제16조 【주계약에 사망보장특약이 부가되어 있는 경우의 특칙】 - 1405

제17조 【다른 특약의 취급】 ————— 1405

제18조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 1405

지정대리청구서비스특약 약관

제1관 지정대리청구인의 지정 ————— 1406

제1조 【지정대리청구인의 지정】 ————— 1406

제2조 【지정대리청구인의 변경지정】 ————— 1406

제2관 특약의 성립과 유지 ————— 1407

제3조 【적용대상】 ————— 1407

제4조 【특약의 성립 및 소멸】 ————— 1407

제3관 보험금 지급 등의 절차 ————— 1407

제5조 【보험금의 지급절차】 ————— 1407

제6조 【보험금의 청구】 ————— 1407

제4관 기타사항 ————— 1408

제7조 【주계약 약관 규정의 준용】 ————— 1408

특별조건부특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ————— 1409

제1조 【목적】 ————— 1409

제2조 【용어의 정의】 ————— 1409

제2관 특약의 성립과 유지 ————— 1409

제3조 【특약의 성립 및 소멸】 ————— 1409

제4조 【피보험자의 범위】 ————— 1410

제5조 【특약의 내용】	1410
제6조 【특약부가의 조건】	1410
제7조 【특약내용의 변경 등】	1411
제8조 【특약의 보험기간】	1412

제3관 보험료의 납입 1412

제9조 【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】	1412
제10조 【해지된 특약의 부활(효력회복)】	1412

제4관 특약의 해지 1412

제11조 【계약자의 임의해지】	1412

제5관 기타사항 등 1412

제12조 【해당계약 약관 규정의 준용】	1412

특정 신체부위·질병보장제한부 인수특약 약관

제1조 【특약면책조건의 내용】	1413
제2조 【특약의 성립 및 소멸】	1415
제3조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】	1415
제4조 【해당계약 약관 규정의 준용】	1416

[별표 1] 특 정 부 위 분 류 표	1417

[별표 2] 특 정 질 병 분 류 표	1419

장애인전용보험전환특약 약관

제1조 【특약의 적용범위】	1422
제2조 【제출서류】	1424
제3조 【장애인전용보험으로의 전환】	1425
제4조 【전환의 취소】	1426
제5조 【해당계약 약관 규정의 준용】	1426

출산·육아휴직 보험료 납입유예특약 약관

제1조 【목적】	1427
제2조 【용어의 정의】	1427
제3조 【신청대상에 관한 사항】	1427
제4조 【보험료 납입유예 신청에 관한 사항】	1428
제5조 【보험료 납입유예에 관한 사항】	1429
제6조 【주계약 약관의 준용】	1431

별첨① 재해분류표	1432
별첨② 개인(신용)정보 수집·이용 및 제공 관련 고객권리 안내문	1434
별첨③ 고객정보 취급방침	1437

가나다 순 특약 색인

◆ 가입한 특약에 한해 보장 받을 수 있습니다. ◆

2대주요질병(간 · 췌장질환,폐질환)수술특약	
갱신형,비갱신형,무배당_W 약관	883
2대주요질병(뇌혈관질환,심질환)수술특약	
갱신형,비갱신형,무배당_W 약관	853
간병인사용입원(요양병원제외)특약II	
갱신형,비갱신형,무배당_W 약관	1370
고혈압(원발성)약물치료특약 갱신형,비갱신형,무배당_W 약관	702
급성심근경색증진단특약 갱신형,비갱신형,무배당_W 약관	963
급여수술[기본]특약 갱신형,무배당_TW 약관	1130
급여수술[방법]특약 갱신형,무배당_TW 약관	1257
급여수술[원인]특약 갱신형,무배당_TW 약관	1186
기타피부암 · 갑상선암주요치료특약(연간1회) 무배당_W 약관	229
뇌졸중진단특약 갱신형,비갱신형,무배당_W 약관	911
뇌혈관 · 허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)	
갱신형,비갱신형,무배당_W 약관	630
뇌혈관질환진단특약 갱신형,비갱신형,무배당_W 약관	937
당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약 갱신형,비갱신형,무배당_W 약관	729
당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약 갱신형,비갱신형,무배당_W 약관	755
당뇨병(당화혈색소9.0%이상)진단특약 갱신형,비갱신형,무배당_W 약관	780

대상포진진단특약 갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	805
비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 · 갑상선암주요치료특약(연간1회)	
갱신형,비갱신형,무배당 _TW 약관	422
비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료특약(연간1회)	
갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	385
상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암 · 갑상선암주요치료특약(연간1회)	
무배당 _W 약관	290
상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암 · 갑상선암주요치료특약(치료별연간1회)	
무배당 _W 약관	354
상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약(연간1회)	
무배당 _W 약관	257
상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약(치료별연간1회)	
무배당 _W 약관	320
상급종합병원뇌혈관 · 허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)	
갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	666
선지급서비스특약 약관	1401
소액암진단특약 갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	166
수술특약 갱신형,무배당 _TW 약관	1068
암주요치료특약(연간1회) 무배당 _W 약관	198
암진단특약 갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	137
장애인전용보험전환특약 약관	1422
재해골절특약II 갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	1347

지정대리청구서비스특약 약관	1406
첫날부터입원특약 갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	1322
출산 · 육아휴직 보험료 납입유예특약 약관	1427
통풍진단특약 갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	830
특별조건부특약 약관	1409
특정 신체부위 · 질병보장제한부 인수특약 약관	1413
특정항암호르몬약물허가치료비특약 갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	537
표적항암약물허가치료비특약 갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	486
플러스뇌혈관질환통원특약 갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	1013
플러스수술특약Ⅱ 갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	1097
플러스허혈성심질환통원특약 갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	1041
항암방사선치료특약 갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	569
항암약물치료특약 갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	455
항암중입자방사선치료특약 갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	600
허혈성심질환진단특약 갱신형,비갱신형,무배당 _W 약관	988

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 보험료를 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 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

12. 해약환급금

계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

건강플러스NH통합보험 |무배당_2601 주계약 약관

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약(이하 ‘계약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)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.
- 바. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 사. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.

2. 지급사유 관련 용어

중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

[연단위 복리 계산 예시]

이자는 계산법에 따라 단리와 복리로 나뉩니다. 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?

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

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

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 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 날은 제외합니다.

[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.>

5. 보험료에 관한 용어

가. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 보험료의 합계(단, 특약보험료는 제외)를 말합니다. 다만, 계약자가 보험가입금액을 감액할 경우 ‘이미 납입한 보험료’는 제20조(계약내용의 변경 등) 제4항에 따라 계산된 보험료와 해당 감액 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 약정한 사망보험금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) 중 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 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.
- ④ 회사는 보험기간 중 피보험자에게 ‘사망보험금’ 지급사유가 발생한 경우, ‘사망보험금’과 ‘이미 납입한 보험료’ 중에서 많은 금액을 ‘사망보험금’으로 지급합니다.

[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>

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, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 사망보험금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일[부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일]부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

【약관용어 설명】

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

제6조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 알게 된 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

【약관용어 설명】

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

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰

- 성이 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 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 2] ‘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 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(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 가지급합니다.

- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 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 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 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 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 평균 공시이율에 따라 계산됩니다.

제10조 【주소변경 통지】

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

제11조 【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자의 법정상속인을 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.

제12조 【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

[약관용어 설명]

- **연대 책임** : 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

제13조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강 진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(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 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반했을 때에는 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)]

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 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 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 날부터 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 의무사항이 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.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발

생에 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.

[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.

제15조 【사기에 의한 계약】

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 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

제16조 【보험계약의 성립】

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 계약자는 계약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형 1형(일반가입형)
 2. 해약환급금 미지급형 2형(간편가입형 II)
 3. 표준형 1형(일반가입형)
 4. 표준형 2형(간편가입형 II)
- 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 청약과 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 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 +1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑦ 제6항의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
 1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
 2. 부담도가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
- ⑧ 제6항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 이 약관 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제6항의 청약일로 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.

제17조 【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 이상에 계약자로 하는 ‘전화를 이용하여 체결된 보험계약’의 경우에는 45일로 한다)을 초과하는 경우
 2. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

[약관용어 설명]

- **청약의 철회** : 계약자가 보험계약을 청약한 이후 단순히 마음이 변하거나 보험상품에 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.

- ② 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우

편, 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.

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)

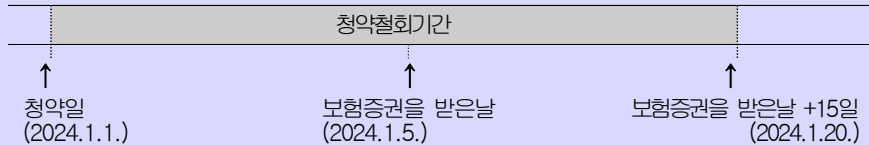
마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

(이하 생략)

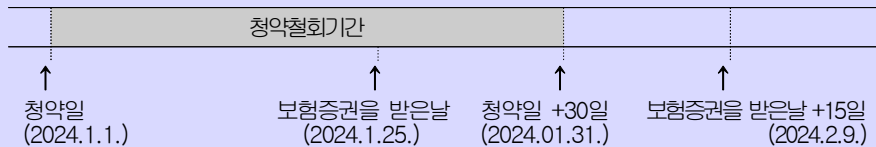
<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[청약철회기간 예시]

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



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



제18조 【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 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

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

[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

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.

[약관용어 설명]

- **통신판매계약** : 전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.
- **법정상속인** : 피상속인이 사망하는 경우, 민법에서 정하는 상속순위에 따라 피상속인의 재산상 지위를 상속할 수 있는 자를 말합니다. 그러나 상속결격사유가 있는 자는 제외합니다.

[전자서명법 제2조]

2. ‘전자서명’이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제19조 【계약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 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.
 - ※ ‘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.
4. 계약자 또는 피보험자가 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 원하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(다만, 2형(간편가입형Ⅱ)으로 가입시에 한함)

※ ‘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 것을 말합니다.
- **심신상실자** : 의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.
- **심신박약자** : 마음이나 정신의 장애로 인해 사물변별능력 또는 의사결정능력이 없거나 부족한 사람을 말합니다.

제20조 【계약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
 1. 보험료의 납입기간(단, 보험료 납입기간은 단축만 가능) (표준형에 한함)
 2. 보험가입금액(단, 보험가입금액의 감액만 가능) (표준형에 한함)
 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.

[약관용어 설명]

- **보험수익자 변경 관련 설명** : 보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경전에 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 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 - ④ 계약자가 제1항 2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 '이미 납입한 보험료'도 같은 비율로 감액됩니다.

[약관용어 설명]

● 감액직후 ‘이미 납입한 보험료’

$$= \text{감액직전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액직후의 보험가입금액}}{\text{감액직전의 보험가입금액}}$$

- ⑤ 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입 한 때에 안내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 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>

- ⑦ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조 【보험나이 등】

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- 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’에서 정한 방법에 따라 해약환급금을 정산합니다.

[약관용어 설명]

- **보험나이** : 계약자 또는 피보험자의 출생일부터 보험계약일까지의 기간을 따진 나이로 보험료 산정의 기준이 됨
- **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
- **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 28

일)을 연계약해당일로 합니다.

보험나이 계산 예시

생년월일 : 1988년 10월 2일

예1) 2014년 4월 13일에 가입할 경우	예2) 2014년 11월 13일에 가입할 경우
2014년 4월 13일	2014년 11월 13일
- 1988년 10월 2일	- 1988년 10월 2일
만 25년 6개월 11일	만 26년 1개월 11일
⇒ 보험나이 26세	⇒ 보험나이 26세

제22조 【계약의 소멸】

피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제23조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【 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. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때 까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않고, 초과 청약액에 대한 보험료를 돌려드립니다.

제24조 【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【 약관용어 설명 】

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

제25조 【보험료의 자동대출납입】

- ① 계약자는 제26조(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 제33조(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 알려 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약대출의 원금과 이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납

입을 더는 할 수 없습니다.

- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)의 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 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약 환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS포함)등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

[약관용어 설명]

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

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

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 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 납입최고서(납입안내장)를 발송하고, 납입최고서 도달여부는 제10조(주소변경 통지) 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 수신확

인을 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 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 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 제32조(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 기

능을 갖출 것

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

<향후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제27조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】

- ① 제26조(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 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제3항 및 제4항 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 다만, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다. 이 때 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) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(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

제28조 【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 동의를 얻

어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

[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 법정 상속인이 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

제29조 【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의가 철회되면 그 철회시점 이후부터 계약은 효력을 상실합니다.
- ③ 위 서면동의 철회로 인해 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

[약관용어 설명]

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

제29조의2 【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 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(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.

제30조 【중대사유로 인한 해지】

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 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 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제31조 【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 제32조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

제32조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형”의 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준

형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.

3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.
- 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 제29조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 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.

제33조 【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 제1항에도 불구하고 해약환급금 미지급형 가입시에는 보험료 납입기간 중 보험계약대출은 불가합니다.
- ③ 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라

계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

- ⑤ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

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

제34조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제35조 【분쟁의 조정】

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 「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 금융상품판매업자등은 금융상품판매업등의 업무와 관련한 자료로서 대통령령으로 정하는 자료를 기록하여야 하며, 자료의 종류별로 대통령령으로 정하는 기간 동안 유지·관리하여야 한다.
- ② 금융상품판매업자등은 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 금융상품판매업자등이 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 영업비밀보호에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 영업비밀을 말한다)이 현저히 침해되는 등 열람하기 부적절한 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ⑥ 금융상품판매업자들은 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.

<항후 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 조정위원회에의 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 금액이 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.>

제36조 【관할법원】

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

제37조 【소멸시효】

보험금 청구권, 보험료 반환 청구권, 해약환급금청구권, 계약자적립액반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【 약관용어 설명 】

- **소멸시효** : 주어진 권리를 일정기간 동안 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 제도로, 보험금 등의 지급사유가 발생하였음에도 3년 동안 보험금 등을 청구하지 않는 경우 보험금 등에 대한 권리가 소멸합니다.
- **소멸시효 예시** :
 - 2015년 4월 10일 사망보험금 지급사유 발생
 - 2018년 4월 10일까지 사망보험금을 청구하지 않음
 - 2018년 4월 11일 사망보험금에 대한 청구권 소멸

제38조 【약관의 해석】

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

【 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.

제39조 【설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력】

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이

해하였음을 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 권유 하기 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.

제40조 【회사의 손해배상책임】

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[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.

제41조 【개인정보보호】

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 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 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

【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.>

제42조 【준거법】

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

제43조 【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

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
사 망 보 험 금	피보험자가 보험기간 중 사망한 경우	1,000만원

- 주) 1. 회사는 보험기간 중 피보험자에게 ‘사망보험금’ 지급사유가 발생한 경우, ‘사망보험금’과 ‘이미 납입한 보험료’ 중에서 많은 금액을 ‘사망보험금’으로 지급합니다.
2. ‘이미 납입한 보험료’란 계약자가 회사에 납입한 보험료의 합계(단, 특약보험료는 제외)를 말합니다. 다만, 계약자가 보험가입금액을 감액할 경우 ‘이미 납입한 보험료’는 제20조(계약내용의 변경 등) 제4항에 따라 계산된 보험료와 해당 감액 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

[별표 2]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제32조 2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제32조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과 기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효(제37조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 이유만으로 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.

암진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당_W 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 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 평균공사이율 : 전체 보험회사 공사이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율(갱신계약의 경우 갱신시점의 이율)을 말합니다.

※ 평균공사이율은 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.

3. 계약관계 관련 용어

가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.

나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.

다. 암진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.

라. 암진단특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

[약관용어 설명]

- **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.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

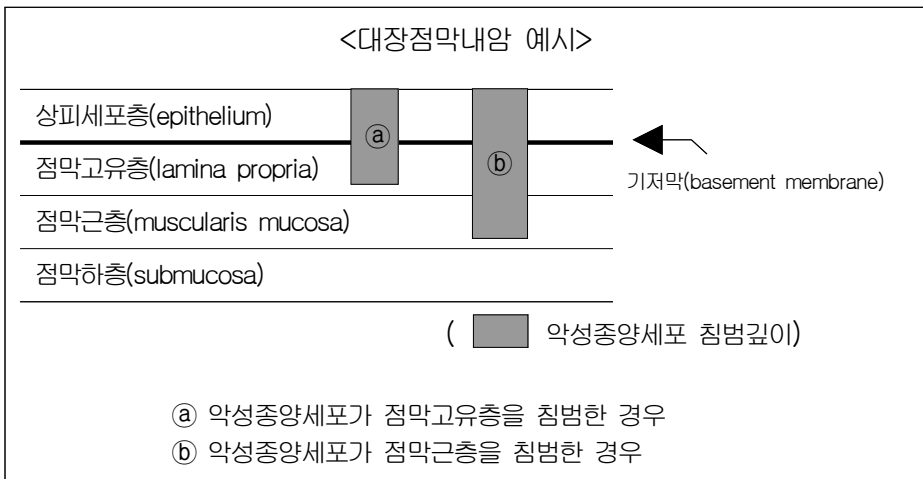
① 이 특약에서 ‘암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암, 중증 이외의 갑상선암 및 대장점막내암 제외)’에서 정한 질병을 말하고 아래에 해당하는 질병은 이 계약에 있어서 ‘암’에 해당하지 않습니다.

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 '전립선의 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 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 보

다.

[약관용어 설명]

- **한국표준질병·사인분류** : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한 국민의 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 피보험자에게 이 특약의 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 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단자금을 지급합니다. 다만, '암보장개시일' 전 일 이전에 '일반암'으로 진단이 확정된 경우에는 진단자금을 지급하지 않습니다.

- ⑦ 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 제1호의 피보험자가 제6항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제7항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제9항에 의한 계약자적립액을 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제6항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액을 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 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 제1호부터 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(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입) 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 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 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 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
1. 암진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 암진단특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
1. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑦ 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
- ⑧ 제7항 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.

- ⑨ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.

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 계약의 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, 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, 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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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>

- 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.

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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일때에는 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 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 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 관련 규정이 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 드립

니다.

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 ‘산출방법서’에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

- 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 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다

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(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 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 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’, ‘종중 이외의 갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미하며 ‘일반암’이란 ‘암’(기타피부암, 종중 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. 암진단특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
6. 암진단특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[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]

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

구 분	적립기간	적립이율
일반암 진단보험금 (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 지급일까지 의 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_W 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 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 특약 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.

3. 계약관계 관련 용어

가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.

나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.

다. 소액암진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.

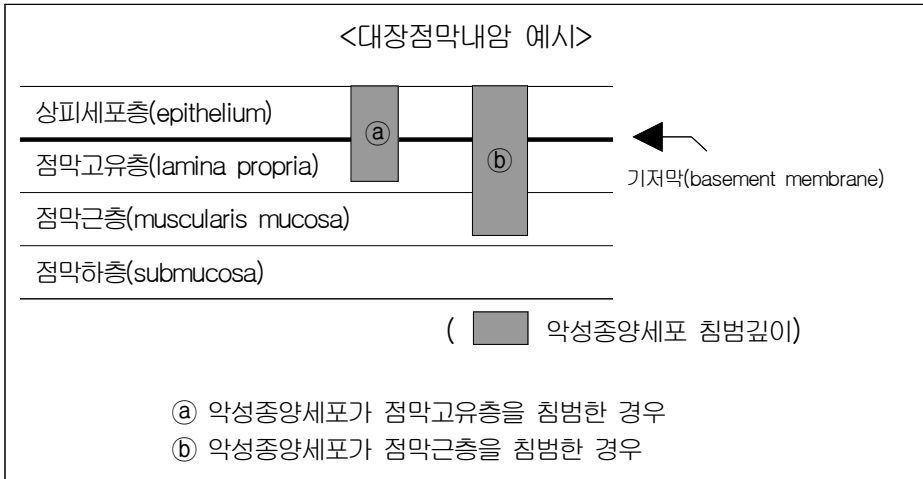
라. 소액암진단특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘암’ 등의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘대상이 되는 악성신 생물 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 악성신 생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 ‘중증 갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 4] ‘갑상선의 악성신 생물 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 악성신 생물 분류표’에서 정한 질병 중 ‘중증 갑상선암’을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 ‘대장점막내암’이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 대장의 악성신 생물(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 ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’, ‘중증 이외의 갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단확정 되었을 때 : 소액암진단 보험금 (다만, ‘기타피부암’, ‘중증 이외의 갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’, ‘경계성종양’ 각각 최초 1회에 한하여 지급)

제6조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항, 제3항, 제6항에서 제8항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 제1호의 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 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 계약일부터 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 ‘전립선암’, ‘기타피부암’, ‘중증 이외의 갑상선암’, ‘대장점막내암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경

계성종양'으로 진단확정 되어 해당 진단보험금이 지급된 후에 제18조(특약의 갱신)에 따라 이 특약이 갱신된 경우에도 갱신평약의 보험기간 중 '전립선암', '기타피부암', '중증 이외의 갑상선암', '대장점막내암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단 확정 된 경우 해당 진단보험금을 각각 1회에 한하여 지급합니다.

- ⑦ 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 말함) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제7항에도 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.
- ⑨ 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호에 가입한 피보험자가 제5항에 의한 진단확정으로 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제7항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제9항에 의한 계약자적립액을 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제5항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.
- 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 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.

<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(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입) 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 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 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) 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 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 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 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.

[약관용어 설명]

- **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 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 소액암진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 소액암진단특약(무배당)_DW
- ③ 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)
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「일반가입형」 인 경우, 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」 인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제3항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑦ 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 주계약

이 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

⑧ 제7항 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.

[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>

⑨ 제2항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

- ⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제9조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

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

제15조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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 변경전에 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>

- 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.

제18조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 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) 제3항 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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일때에는 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) 제3항 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 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 관련 규정이 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) 규

정에 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 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 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.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약

환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

- 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 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제25조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7 관 기타사항

제26조 【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 ‘보장개시일’ 이후에 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 계약해당일 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 감액하지 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 정약한 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 사망하였을 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 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 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
소액암 진단보험금	피보험자가 보험기간 중 ‘보장개시일’ 이후에 기타피부암, 중증 이외의 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각각 최초 1회에 한함)	100만원 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 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. 소액암진단특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
7. 소액암진단특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[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.

대상질병명	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. 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, 2026.1.1 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 피보형자가 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
(제9조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
전립선암 진단보험금, 소액암진단 보험금 (제5조)	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 (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 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.

암주요치료특약(연간1회)|무배당_W 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 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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 이자율 관련 용어

평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율을 말합니다.

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 암보장개시일

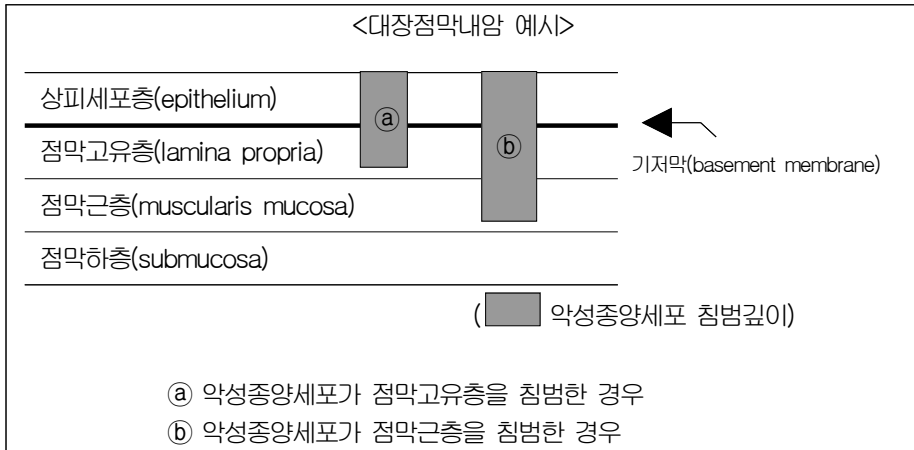
계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

나. 연간 : 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2 관 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 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 【‘암수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘암수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’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 한의사의 관리 하에 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’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 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 보건·의료정책에 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」 제11조의3에 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>

[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)

- ② 제1항에서 ‘암수술’은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받

은 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), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]은 ‘암수술’에 포함되지 않습니다.

- ③ 제1항의 ‘암수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 포함되지 않습니다.
- ④ 제1항의 ‘암수술’은 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 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 전문평가

위원회를 둔다.

- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조 【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】

- ① ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말한다.
- ② ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말한다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아노바, 헬릭소, 셀레니제 등) 치료 및 ‘호르몬 관련 치료제’를 사용하는 치료는 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’에서 제외됩니다.

[약관용어 설명]

- **호르몬 관련 치료제** : 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬 제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제6조 【‘암 또는 대장점막내암 주요치료’의 정의】

- ① ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’라 함은 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’을 제거하거나 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호를 말한다.
1. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(‘암수술’의 정의와 장소)에서 정한 ‘암수술’을 받은 경우
 2. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제1항에서 정한 ‘항암방사선치료’를 받은 경우

3. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제2항에서 정한 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’를 받은 경우
- ② ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 제거 또는 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 호르몬 관련 치료제를 사용하는 치료
- ③ 제2항 제1호의 ‘안전성과 유효성’ 인정 범위는 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, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)’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 제품정보 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>) - 의료정보 - 의약품정보
- 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

제7조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 제3조(‘암’등의 정의 및 진단 확정)에서 정한 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중에 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’(‘암수술’, ‘항암방사선치료’, ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’) 중 어느 하나의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료자금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다. (연간 1회 한도 지급)

<암 또는 대장점막내암 주요치료자금 지급예시>

- 해당 특약 가입일 : 2026년 01월 01일 (특약가입금액 1,000만원)
- 위암 진단확정일 : 2026년 11월 01일
- 대장점막내암 진단확정일 : 2046년 10월 01일

위암 진단 (2026.11.01.)	위암 치료 (2027.01.01.~ 02.28.)	암 또는 대장점막내암 주요치료 미시행	대장점막내암 최초 진단 (2046.10.01.)	대장점막내암 치료 (2047.02.01.~03.31.)	
위암 수술 및 항암약물치료 (호르몬치료 제외) 각 1회	위암 항암방사선치료 3회		대장점막내암 수술 및 위암수술 각 1회	대장점막내암 항암약물치료 (호르몬치료 제외) 6회	
↓	↓		↓	↓	
2026.01.01. (계약일)	2027.01.01 (매년 계약해당일)	2028.01.01 (매년 계약해당일)	... 2046.01.01 (매년 계약해당일)	2047.01.01 (매년 계약해당일)	2048.01.01 (매년 계약해당일)

위암 수술 1,000만원지급	항암방사선치료 1,000만원 지급	-	대장점막내암 수술 1,000만원지급	항암약물치료 (호르몬치료 제외) 1,000만원지급
항암약물치료 (호르몬치료제외) 지급× ※연간1회한도 초과	-	-	위암수술 지급× ※연간1회한도 초과	-

※ 특정 연도에 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료자금’이 지급된 이후 다음 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간에 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’를 받더라도 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료자금’을 추가로 지급하지 않습니다. (연간 1회 한도 지급)

제8조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

- ① 제7조(보험금의 지급사유)의 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’는 제6조(‘암 또는 대장점막내암 주요치료’의 정의)에서 정한 진료행위를 말하며, 최초로 진단된 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’과 상이한 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 위한 주요치료도 포함됩니다.
- ② 제7조(보험금의 지급사유)에서 ‘연간’이라 함은 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 계약해당일로 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’를 연간 1회 이상 이용한 경우에도 이용횟수와 관계없이 연간 1회의 이용으로 간주하여 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료자금’을 연간 1회만 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘암’으로 진단확정되거나, ‘보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑤ 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.
- 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 제4항 내지 제5항의 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 납입면제사유가 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 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에

는 해당 보험금을 지급하고, 제8조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제4항에서 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), 수술확인서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서, 원외처방시 의사처방전(처방조제비), 약제비영수증, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 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.

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 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.

[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)

- 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 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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제8조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에 따라 보험금 등 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 제14조(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.

제12조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 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 계약 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 계약을 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 알려 드립니다.

[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 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.

[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

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 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.

1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
1. 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_TW
 2. 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- 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 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. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
- ⑥ 제5항 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.
- ⑦ 제 3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제11조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.>

제16조 【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 계약의 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 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확

- 정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우
3. 계약자 또는 피보험자가 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 원하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)

제17조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 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.

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 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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>

- 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.

제20조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 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 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.

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 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 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 기

능을 갖출 것

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

<향후 관련 규정이 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) 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

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.

[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 ‘산출방법서’에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
 3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.
- 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 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해지 당시의 계약자적립액을 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)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암 또는 대장점막내암 주요치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 ‘보험기간’ 이내에 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’ (‘암수술’, ‘항암방사선치료’, ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’) 중 어느 하나의 치료를 받은 경우	1,000만원 (연간 1회에 한하여 지급)

- 주) 1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘암’으로 진단이 확정되거나, 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2. ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 이 특약의 ‘암보장개시일’은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
4. 이 특약의 피보험자가 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.
5. 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
6. 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 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. 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)

제4항 및 제7항에서 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
(제11조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
암 또는 대장점막내암 주요치료자금 (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 (제25조 제2항)	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 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.

기타피부암·갑상선암주요치료특약(연간회) | 무배당_W 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 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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 기타피부암·갑상선암주요치료특약(연간회)(무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 기타피부암·갑상선암주요치료특약(연간회)(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

[약관용어 설명]

- **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.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율을 말합니다.

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

연간 : 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘기타피부암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘기타 피부의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 3] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ ‘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. ‘기타피부암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ ‘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.

- ⑤ 제3항 내지 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘기타피부암’, 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 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 【‘암수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘암수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘기타 피부암’ 또는 ‘갑상선암’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 한의사의 관리 하에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’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」 제11조의3에 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>

[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)

- ② 제1항에서 ‘암수술’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), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]은 ‘암수술’에 포함되지 않습니다.
- ③ 제1항의 ‘암수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 포함되지 않습니다.
- ④ 제1항의 ‘암수술’은 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 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

원

- 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>

제5조 【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】

- ① ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘기타 피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말한다.
- ② ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말한다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레니제 등) 치료 및 ‘호르몬 관련 치료제’를 사용하는 치료는 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’에서 제외됩니다.

【 약관용어 설명 】

- **호르몬 관련 치료제** : 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬 제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제6조 【‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’의 정의】

- ① ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’라 함은 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’을 제거하거나 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호를 말합니다.
1. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(‘암수술’의 정의와 장소)에서 정한 ‘암수술’을 받은 경우
 2. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제1항에서 정한 ‘항암방사선치료’를 받은 경우
 3. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제2항에서 정한 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’를 받은 경우
- ② ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 제거 또는 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 호르몬 관련 치료제를 사용하는 치료
- ③ 제2항 제1호의 ‘안전성과 유효성’ 인정 범위는 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 제품정보 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>) - 의료정보 - 의약품정보
 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

제7조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 제3조(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’(‘암수술’, ‘항암방사선치료’, ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’) 중 어느 하나의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료 자금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다. (연간 1회 한도 지급)

<기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금 지급예시>

- 해당 특약 가입일 : 2026년 01월 01일 (특약가입금액 100만원)
- 기타피부암 진단확정일 : 2026년 11월 01일
- 갑상선암 진단확정일 : 2046년 10월 01일

기타피부암 진단 (2026.11.01.)	-	기타피부암 또는 갑상선암 주요치료 미시행	갑상선암 최초 진단 (2046.10.01.)	-	
기타피부암 수술 및 항암약물치료 (호르몬치료 제외) 각 1회	기타피부암 항암방사선치료 3회		갑상선암 수술 및 기타피부암 수술 각 1회	갑상선암 항암약물치료 (호르몬치료 제외) 6회	
↓	↓		↓	↓	
2026.01.01.	2027.01.01	2028.01.01 ... 2046.01.01	2047.01.01	2048.01.01	
(계약일)	(매년 계약해당일)	(매년 계약해당일)	(매년 계약해당일)	(매년 계약해당일)	(매년 계약해당일)

기타피부암 수술 100만원지급	항암방사선치료 100만원 지급	-	갑상선암 수술 100만원지급	항암약물치료 (호르몬치료제외) 100만원지급
항암약물치료 (호르몬치료제외) 지급× ※연간1회한도 초과	-	-	기타피부암 수술 지급× ※연간1회한도 초과	-

※ 특정 연도에 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금’이 지급된 이후 다음 도래하는
매년 계약해당일 전일까지의 기간에 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’를
받더라도 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금’을 추가로
지급하지 않습니다. (연간 1회 한도 지급)

제8조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

- 제7조(보험금의 지급사유)의 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’는 제6조(‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’의 정의)에서 정한 진료행위를 말하며, 최초로 진단된 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’과 상이한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 위한 주요치료도 포함됩니다.
- 제7조(보험금의 지급사유)에서 ‘연간’이라 함은 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’를 연간 1회 이상 이용한 경우에도 이용 횟수와 관계없이 연간 1회의 이용으로 간주하여 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료 자금’을 연간 1회만 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 제3조(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정)에서 정의한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑤ 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.
- 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 제4항 내지 제5항의 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 납입면제사유가 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 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하고, 제8조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제4항에서 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), 수술확인서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서, 원외처방시 의사처방전(처방조제비), 약제비 영수증, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 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.

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 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- 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 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 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

[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)

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 등 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에 따라 보험금 등 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 제14조(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.

제12조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 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 가

지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 계약 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 계약을 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 알려 드립니다

[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 제13조(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.

[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

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 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 기타피부암·갑상선암주요치료특약(연간1회)(무배당)_TW
 2. 기타피부암·갑상선암주요치료특약(연간1회)(무배당)_DW
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ④ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- 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 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환

급금을 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 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.

⑦ 제2항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제7항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제11조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.

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】

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 계약의 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 계약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 원하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)

제17조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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>

- 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.

제20조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 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 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.

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 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 상품설명 장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약

- 자의 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 관련 규정이 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) 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

제24조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회

- 사는 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.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
 3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.
- 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 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 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 : 특약가입금액 100만원)

급부명	지급사유	지급금액
기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 ‘보험기간’ 이내에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’(‘암수술’, ‘항암방사선치료’, ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’) 중 어느 하나의 치료를 받은 경우	100만원 (연간 1회에 한하여 지급)

- 주) 1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제3조(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2. ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 기타피부암·갑상선암주요치료특약(연간1회)(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급 하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
4. 기타피부암·갑상선암주요치료특약(연간1회)(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

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 3]

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 4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금 (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 (제25조 제2항)	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 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.

상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약 (연간1회) |무배당_W 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 제10조(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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

[약관용어 설명]

- **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.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율을 말합니다.

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 암보장개시일

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

나. 연간 : 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 계약해당일로 합니다.

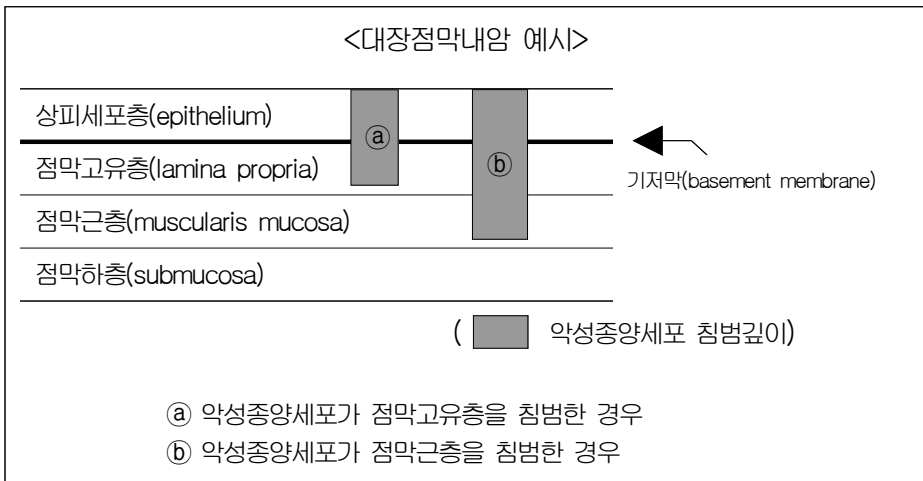
제2 관 보험금의 지급

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 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 악성신

생물)로 진단된 경우에도 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 본다.

제4조 【‘암수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘암수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리 하에 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’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 제1호 부터 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」 제11조의3에 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>

[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)

- ② 제1항에서 ‘암수술’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), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]은 ‘암수술’에 포함되지 않습니다.
- ③ 제1항의 ‘암수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 포함되지 않습니다.
- ④ 제1항의 ‘암수술’은 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 포함되지 않습니다.

[약관용어 설명]

- **신의료기술평가위원회** : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구
- **신경 BLOCK** : 자각신경이나 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.

<항후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조 【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】

- ① ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말한다.
- ② ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말한다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료 및 ‘호르몬 관련 치료제’를 사용하는 치료는 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’에서 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.

제6조 【‘암 또는 대장점막내암 주요치료’의 정의】

- ① ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’라 함은 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’을 제거하거나 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호를 말한다.
 1. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(‘암수술’의 정의와 장소)에서 정한 ‘암수술’을 받은 경우
 2. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제1항에서 정한 ‘항암방사선치료’를 받은 경우
 3. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제2항에서 정한 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’를 받은 경우
- ② ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 제거 또는 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 호르몬 관련 치료제를 사용하는 치료
- ③ 제2항 제1호의 ‘안전성과 유효성’ 인정 범위는 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, ‘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 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 제품정보 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>) - 의료정보 - 의약품정보
- 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

제7조 【‘상급종합병원’의 정의】

‘상급종합병원’이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)]

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제8조 【‘국립암센터’의 정의】

‘국립암센터’라 함은 「암관리법」 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암센터를 말합니다.

【암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)】

- ① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.
- ② 국립암센터는 법인으로 한다.
- ③ 국립암센터는 주된 사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립한다.
- ④ 제3항에 따른 설립등기 사항은 다음 각 호와 같다.
 - 1. 목적
 - 2. 명칭
 - 3. 주된 사무소 및 부속기관
 - 4. 임원의 성명 및 주소
 - 5. 공고의 방법

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제9조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① 제7조(‘상급종합병원’의 정의)에 의한 ‘상급종합병원’의 지정기준 또는 제8조(‘국립암센터’의 정의)에 의한 ‘국립암센터’의 설립·운영기준이 의료법 및 관련 법률(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 ‘상급종합병원’ 또는 ‘국립암센터’와 관련된 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정 등에 따라 ‘상급종합병원 지정기준’ 또는 ‘국립암센터’ 제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정 등에 따라 ‘상급종합병원 지정기준’ 또는 ‘국립암센터’ 제도의 변경으로 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우

예시) 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정 등에 따라 보험회사의 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 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 이 특약의 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제10조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정)에서 정한 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’(‘암수술’, ‘항암방사선치료’, ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’) 중 어느 하나의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 ‘상급중

합병원(국립암센터포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다. (연간 1회 한도 지급)

<상급종합병원(국립암센터포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금 지급에서>

- 해당 특약 가입일 : 2026년 01월 01일 (특약가입금액 1,000만원)
- 위암 진단확정일 : 2026년 11월 01일
- 대장점막내암 진단확정일 : 2046년 10월 01일

위암 진단 (2026.11.01.)	위암 치료 (2027.11.01.~12.28.)	암 또는 대장점막내암 주요치료 미시행	대장점막내암 최초 진단 (2046.10.01.)	대장점막내암 치료 (2047.02.01.~03.31.)	
위암 수술 및 항암약물치료 (호르몬치료제외)) 각 1회	위암 항암방사선치료 3회		대장점막내암 수술 및 위암 수술 각 1회	대장점막내암 항암약물치료 (호르몬치료 제외) 6회	
↓	↓		↓	↓	
2026.01.01. (계약일)	2027.01.01. (매년 계약해당일)	2028.01.01. (매년 계약해당일)	... 2046.01.01. (매년 계약해당일)	2047.01.01. (매년 계약해당일)	2048.01.01. (매년 계약해당일)

위암 수술 1,000만원지급	항암방사선치료 1,000만원 지급	-	대장점막내암 수술 1,000만원지급	항암약물치료 (호르몬치료제외) 1,000만원지급
항암약물치료 (호르몬치료제외) 지급× ※연간1회한도 초과	-	-	위암 수술 지급× ※연간1회한도 초과	-

※ 특정 연도에 ‘상급종합병원(국립암센터포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금’이 지급된 이후 다음 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간에 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’를 받더라도 ‘상급종합병원(국립암센터포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금’을 추가로 지급하지 않습니다. (연간 1회 한도 지급)

제11조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

① 제10조(보험금의 지급사유)의 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’는 제6조(‘암 또는 대장점막내암 주요치료’의 정의)에서 정한 진료행위를 말하며, 최초로 진단된 ‘암’ 또는 ‘대

장점막내암'과 상이한 '암' 또는 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 위한 주요치료도 포함됩니다.

- ② 제10조(보험금의 지급사유)에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 '매년 계약해당일'로 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 '암' 또는 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 '암 또는 대장점막내암 주요치료'를 연간 1회 이상 이용한 경우에도 이용횟수와 관계없이 연간 1회의 이용으로 간주하여 '상급종합병원(국립암센터포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금'을 연간 1회만 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 '암'으로 진단확정되거나, '보장개시일' 이후에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 '대장점막내암'으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑤ 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.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제10조(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 제4항 내지 제5항의 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.

제12조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 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 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하고, 제11조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제4항에서 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.

제13조 【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), 수술확인서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서, 원외처방시 의사처방전(처방조제비), 약제비 영수증, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 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.

제14조 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제13조(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 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.

[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)

- 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 제13조(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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제11조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에 따라 보험금 등 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 제17조(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 무리

라고 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.

제15조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조 【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.>

제17조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제16조(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 계약 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 계약을 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 알려 드립니다.

[약관용어 설명]

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

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제16조(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 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

제18조 【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 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 - 1. 상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_TW
 - 2. 상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_DW
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 - 1. 해약환급금 미지급형
 - 2. 표준형
- ④ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.

1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- 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 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. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
- ⑥ 제5항 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.
- ⑦ 제2항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제13조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제14조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제14조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.

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.>

제19조 【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 계약의 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 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우
3. 계약자 또는 피보험자가 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 원하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)

제20조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 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.

제21조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제22조 【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. 다만, 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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>

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

제23조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제24조 【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.

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

<향후 관련 규정이 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) 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제20조(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 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 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.

[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.>

제28조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘산출방법서’에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계

산합니다.

4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

- 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 제27조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제29조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기 타 사 항

제30조 【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
상급종합병원(국립 암센터포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일('암'의 경우 '암보장개시일') 이후에 '암' 또는 '대장점막내암'으로 진단이 확정되고 '보험기간' 이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 '암' 또는 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 '암 또는 대장점막내암 주요치료'('암수술', '항암방사선치료', '항암약물치료(호르몬치료제외)' 중 어느 하나의 치료를 받은 경우	1,000만원 (연간 1회에 한하여 지급)

- 주) 1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 '암'으로 진단이 확정되거나, 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 '대장점막내암'으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2. '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 '매년 계약해당일'로 합니다.
3. 이 특약의 '암보장개시일'은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
4. 이 특약의 피보험자가 '암보장개시일' 전일 이전에 '암'으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.
5. 상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급 하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
6. 상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은

그 때부터 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 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) 제4항 및 제7항에서 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
(제14조 제2항 및 제28조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
상급종합병원(국립 암센터포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금 (제10조)	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 (제28조 제2항)	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 제14조(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 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.

상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암주요치료특약(연간1회)무배당_W 약관

※ 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 제10조(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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암주요치료특약(연간1회)(무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암주요치료특약(연간1회)(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

[약관용어 설명]

- **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.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율을 말합니다.

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

연간 : 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 계약해당일로 합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘기타피부암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘기타 피부의 악성신 생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 3] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ ‘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. ‘기타피부암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ ‘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.

- ⑤ 제3항 내지 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘기타피부암’, 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 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.

<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 악성신

생물)로 진단된 경우에도 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 【‘암수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘암수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘기타 피부암’ 또는 ‘갑상선암’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 한의사의 관리 하에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’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」 제11조의3에 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>

[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 치료까지를 포함하지만, 해당 질환이나 해당 질환 치료로 인해 발생한 후유증을 완화하거

나 합병증을 치료하기 위한 것은 포함하지 않습니다.
(대법원 2010.9.30. 선고 2010다40543 판결)

- ② 제1항에서 ‘암수술’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), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]은 ‘암수술’에 포함되지 않습니다.
- ③ 제1항의 ‘암수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 포함되지 않습니다.
- ④ 제1항의 ‘암수술’은 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 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>

제5조 【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】

- ① ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘기타 피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료 및 ‘호르몬 관련 치료제’를 사용하는 치료는 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’에서 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.

제6조 【‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’의 정의】

- ① ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’라 함은 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’을 제거하거나 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호를 말합니다.
 1. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(‘암수술’의 정의와 장소)에서 정한 ‘암수술’을 받은 경우
 2. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제1항에서 정한 ‘항암방사선치료’를 받은 경우
 3. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제2항에서 정한 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’를 받은 경우
- ② ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 제거 또는 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 호르몬 관련 치료제를 사용하는 치료
- ③ 제2항 제1호의 ‘안전성과 유효성’ 인정 범위는 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, ‘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 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 제품정보 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 '효능효과', '암질환심의위원회'를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보
 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

제7조 【'상급종합병원'의 정의】

‘상급종합병원’이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)]

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여

필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제8조 【‘국립암센터’의 정의】

‘국립암센터’라 함은 「암관리법」 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암센터를 말합니다.

【암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)】

- ① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.
- ② 국립암센터는 법인으로 한다.
- ③ 국립암센터는 주된 사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립한다.
- ④ 제3항에 따른 설립등기 사항은 다음 각 호와 같다.
 1. 목적
 2. 명칭
 3. 주된 사무소 및 부속기관
 4. 임원의 성명 및 주소
 5. 공고의 방법

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제9조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① 제7조(‘상급종합병원’의 정의)에 의한 ‘상급종합병원’의 지정기준 또는 제8조(‘국립암센터’의 정의)에 의한 ‘국립암센터’의 설립·운영기준이 의료법 및 관련 법률(이하 ‘법령’이라 함이다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 ‘상급종합병원’ 또는 ‘국립암센터’와 관련된 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정으로 따라 ‘상급종합병원 지정기준’ 또는 ‘국립암센터’ 제도가 폐지되는 경우

2. 법령의 개정에 따라 ‘상급종합병원 지정기준’ 또는 ‘국립암센터’ 제도의 변경으로 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우

예시) 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수 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 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 이 특약의 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제10조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 제3조(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’(‘암수술’, ‘항암방사선치료’, ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’) 중 어느 하나의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 ‘상급종합병원(국립암센터포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다. (연간 1회 한도 지급)

<상급종합병원(국립암센터포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금 지급예시>

- 해당 특약 가입일 : 2026년 01월 01일 (특약가입금액 100만원)
- 기타피부암 진단확정일 : 2026년 11월 01일
- 갑상선암 진단확정일 : 2046년 10월 01일

기타피부암 진단 (2026.11.01.)	기타피부암 치료 (2027.11.01.~ 12.28.)	기타피부암 또는 갑상선암 주요치료 미시행		갑상선암 진단 (2046.10.01.)	갑상선암 치료 (2047.02.01.~ 03.31.)
기타피부암 수술 및 항암약물치료(호르몬치료제외) 각 1회	기타피부암 항암방사선치료 3회			갑상선암 수술 및 기타피부암 수술 각 1회	갑상선암 항암약물치료(호르몬치료제외) 6회
↓	↓			↓	↓
2026.01.01. (계약일)	2027.01.01. (매년 계약해당일)	2028.01.01. (매년 계약해당일)	... 2046.01.01. (매년 계약해당일)	2047.01.01. (매년 계약해당일)	2048.01.01. (매년 계약해당일)
기타피부암 수술 100만원지급	항암방사선치료 100만원 지급	-		갑상선암 수술 100만원지급	항암약물치료 (호르몬치료제외) 100만원지급
항암약물치료 (호르몬치료제외) 지급× ※연간1회한도 초과	-	-		기타피부암 수술 지급× ※연간1회한도 초과	-

※ 특정 연도에 ‘상급종합병원(국립암센터포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금’이 지급된 이후 다음 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간에 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’를 받더라도 ‘상급종합병원(국립암센터포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금’을 추가로 지급하지 않습니다. (연간 1회 한도 지급)

제11조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

- ① 제10조(보험금의 지급사유)의 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’는 제6조(‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’의 정의)에서 정한 진료행위를 말하며, 최초로 진단된 ‘기

타피부암' 또는 '갑상선암'과 상이한 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 위한 주요치료도 포함됩니다.

- ② 제10조(보험금의 지급사유)에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 '매년 계약해당일'로 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 '기타피부암 또는 갑상선암 주요치료'를 연간 1회 이상 이용한 경우에도 이용횟수와 관계없이 연간 1회의 이용으로 간주하여 '상급종합병원(국립암센터포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금'을 연간 1회만 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 제3조('기타피부암' 및 '갑상선암'의 정의 및 진단확정)에서 정의한 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑤ 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.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제10조(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 제4항 내지 제5항의 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.

제12조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 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 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하고, 제11조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제4항에서 정한 보험료 납입면제 사유에 해당하는 때에는 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자

에 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.

제13조 【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), 수술확인서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서, 원외처방시 의사처방전(처방조제비), 약제비영수증, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 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.

제14조 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제13조(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 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.

[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)

- 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 제13조(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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제11조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에 따라 보험금 등 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 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의뢰기관 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 말함

니다. 이 때, ‘불확정 개념’은 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것을 말합니다.

제15조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조 【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.>

제17조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제16조(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 계약 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 계약을 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 알려 드립니다.

[약관용어 설명]

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

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제16조(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 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

제18조 【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 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 - 1. 상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암주요치료특약(연간1회)(무배당)_TW
 - 2. 상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암주요치료특약(연간1회)(무배당)_DW
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.

1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ④ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- 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 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. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
- ⑥ 제5항 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.
- ⑦ 제2항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제13조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제14조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제14조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.

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.>

제19조 【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 계약의 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 계약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 원하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형 II))으로 가입시에 한함)

제20조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제21조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제22조 【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. 다만, 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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>

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

제23조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제24조 【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.

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

<향후 관련 규정이 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) 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제20조(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 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 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.

[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.>

제28조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘산출방법서’에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보

험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

- 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 제27조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제29조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항

제30조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 100만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원(국립 암센터포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘기타피부 암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 ‘보험기간’ 이내에 상급 종합병원 또는 국립암센터에서 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘기타 피부암 또는 갑상선암 주요치료’ (‘암수술’, ‘항암방사선치료’, ‘항 암약물치료(호르몬치료제외)’ 중 어느 하나의 치료를 받은 경우	100만원 (연간 1회에 한하여 지급)

- 주) 1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제3조(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단
확정)에서 정의한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회
이후 보험료 납입을 면제합니다.
2. ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합
니다.
3. 상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암주요치료특약(연간1회)(무배당)_TW
를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 사망 당시의 계약자적립액
을 계약자에게 지급 하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
4. 상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암주요치료특약(연간1회)(무배당)_DW
를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지
않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

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 3]

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 4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항 및 제28조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
상급종합병원(국립 암센터포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금 (제10조)	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 (제28조 제2항)	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 제14조(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.

상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약 (치료별연간1회) |무배당_W 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 제10조(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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약(치료별연간1회)(무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약(치료별연간1회)(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율을 말합니다.

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 암보장개시일

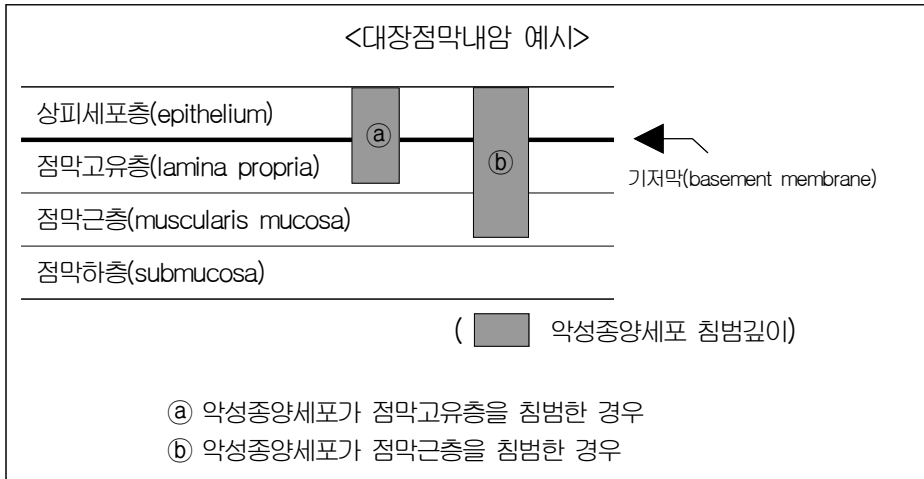
계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

나. 연간 : 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 계약해당일로 합니다.

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 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

[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 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 【‘암수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘암수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’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 한의사의 관리 하에 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’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」 제11조의3에 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)

- ② 제1항에서 ‘암수술’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), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]은 ‘암수술’에 포함되지 않습니다.

- ③ 제1항의 ‘암수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 포함되지 않습니다.
- ④ 제1항의 ‘암수술’은 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 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 전문평가

위원회를 둔다.

- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조 【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】

- ① ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말한다.
- ② ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말한다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아노바, 헬릭소, 셀레니제 등) 치료 및 ‘호르몬 관련 치료제’를 사용하는 치료는 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’에서 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.

제6조 【‘암 또는 대장점막내암 주요치료’의 정의】

- ① ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’라 함은 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’을 제거하거나 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호를 말한다.
1. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(‘암수술’의 정의와 장소)에서 정한 ‘암수술’을 받은 경우
 2. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제1항에서 정한 ‘항암방사선치료’를 받은 경우
 3. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및

‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의 제2항에서 정한 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’를 받은 경우

- ② ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 제거 또는 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 호르몬 관련 치료제를 사용하는 치료
- ③ 제2항 제1호의 ‘안전성과 유효성’ 인정 범위는 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, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)’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 제품정보 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>) - 의료정보 - 의약품정보
- 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

제7조 【‘상급종합병원’의 정의】

‘상급종합병원’이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제8조 【‘국립암센터’의 정의】

‘국립암센터’라 함은 「암관리법」 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암센터를 말합니다.

[암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)]

- ① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.
- ② 국립암센터는 법인으로 한다.
- ③ 국립암센터는 주된 사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립한다.
- ④ 제3항에 따른 설립등기 사항은 다음 각 호와 같다.
 1. 목적
 2. 명칭
 3. 주된 사무소 및 부속기관
 4. 임원의 성명 및 주소
 5. 공고의 방법

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제9조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① 제7조(‘상급종합병원’의 정의)에 의한 ‘상급종합병원’의 지정기준 또는 제8조(‘국립암센터’의 정의)에 의한 ‘국립암센터’의 설립·운영기준이 의료법 및 관련 법률(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 ‘상급종합병원’ 또는 ‘국립암센터’와 관련된 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정으로 ‘상급종합병원 지정기준’ 또는 ‘국립암센터’ 제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정으로 ‘상급종합병원 지정기준’ 또는 ‘국립암센터’ 제도의 변경으로 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우

예시) 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

- 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 따라 보험회사의 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 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 이 특약의 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제10조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금([별표 1] '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. (치료별 각각 연간 1회 한도 지급) 다음 각 호의 '암수술치료자금', '항암방사선치료자금', '항암약물치료자금'을 합하여 '상급종합병원(국립암센터포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금'이라 합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일('암'의 경우 '암보장개시일') 이후에 제3조('암'등의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '암' 또는 '대장점막내암'으로 진단확정 되고 보험기간 이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 '암' 또는 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 '암 또는 대장점막내암 주요치료' 중 제4조('암수술'의 정의와 장소)에서 정한 '암수술'을 받은 경우 : 암수술치료자금
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일('암'의 경우 '암보장개시일') 이후에 제3조('암'등의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '암' 또는 '대장점막내암'으로 진단확정 되고 보험기간 이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 '암' 또는 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 '암 또는 대장점막내암 주요치료' 중 제5조('항암방사선치료' 및 '항암약물치료(호르몬치료제외)'의 정의) 제1항에서 정한 '항암방사선치료'를 받은 경우 : 항암방사선치료자금
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일('암'의 경우 '암보장개시일') 이후에 제3조('암'등의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '암' 또는 '대장점막내암'으로 진단확정 되고 보험기간 이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 '암' 또는 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 '암 또는 대장점막내암 주요치료' 중 제5조('항암

방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의 제2항에서 정한 ‘항암약물 치료(호르몬치료제외)’를 받은 경우 : 항암약물치료자금

<상급종합병원(국립암센터포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금 지급에서>

- 해당 특약 가입일 : 2026년 01월 01일 (특약가입금액 1,000만원)
- 위암 진단확정일 : 2026년 11월 01일
- 대장점막내암 진단확정일 : 2046년 10월 01일

위암 진단 (2026.11.01.)	위암 치료 (2027.11.01.~ 12.28.)	암 또는 대장점막내암 주요치료 미시행	대장점막내암 진단 (2046.10.01.)	대장점막내암 치료 (2047.02.01.~ 03.31.)	
위암 수술 및 항암약물치료 (호르몬치료제외)) 각 1회	위암 항암방사선치료 3회		대장점막내암 수술 및 위암 수술 각 1회	대장점막내암 항암약물치료 (호르몬치료제외) 6회	
↓	↓		↓	↓	
2026.01.01. (계약일)	2027.01.01. (매년 계약해당일)	2028.01.01. ... (매년 계약해당일)	2046.01.01. (매년 계약해당일)	2047.01.01. (매년 계약해당일)	2048.01.01. (매년 계약해당일)
위암 수술 1,000만원지급	항암방사선치료 1,000만원 지급	-	대장점막내암 수술 1,000만원지급	항암약물치료 (호르몬치료제외) 1,000만원지급	
항암약물치료 (호르몬치료제외) 1,000만원지급	-	-	위암 수술 지급× ※연간1회한도 초과	-	

※ 특정 연도에 ‘상급종합병원(국립암센터포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금’ 중 어느 하나의 보험금이 이미 지급된 경우 이후 매년 계약해당일 전일까지의 기간에 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’를 받더라도 보험금을 지급받은 그 치료에 대해 다른 보험금을 추가로 지급하지 않습니다.(치료별 연간 1회 한도 지급)

제11조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

- ① 제10조(보험금의 지급사유)의 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’는 제6조(‘암 또는 대장점막내암 주요치료’의 정의)에서 정한 진료행위를 말하며, 최초로 진단된 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’과 상이한 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 위한 주요치료도 포

함됩니다.

- ② 제10조(보험금의 지급사유)에서 ‘연간’이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 ‘매년 계약해당일’로 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 ‘암 또는 대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’ 중 어느 하나의 동일한 치료를 연간 1회 이상 이용한 경우에도 이용 횟수와 관계없이 연간 1회의 이용으로 간주하여 ‘암수술치료자금’, ‘항암방사선치료자금’ 또는 ‘항암약물치료자금’을 각각 연간 1회만 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘암’으로 진단확정되거나, ‘보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑤ 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.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제10조(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 제4항 내지 제5항의 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.

제12조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 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 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하고, 제11조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제4항에서 정한 보험료 납입면제 사유에 해당하는 때에는 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자

에 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.

제13조 【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), 수술확인서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서, 원외처방시 의사처방전(처방조제비), 약제비영수증, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 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.

제14조 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제13조(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 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- 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 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해

당하는 경우를 제외하고는 제13조(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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제11조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에 따라 보험금 등 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 제17조(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.

[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.

제15조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조 【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.>

제17조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제16조(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 가

지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 계약 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 계약을 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 알려 드립니다.

[약관용어 설명]

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

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제16조(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.

[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

제18조 【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 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
1. 상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약(치료별연간1회)(무배당)_TW
 2. 상급종합병원(국립암센터 포함) 암주요치료특약(치료별연간1회)(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- 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 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환

급금을 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 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.

⑦ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제7항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제13조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제14조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제14조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.>

제19조 【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 계약의 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 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되는 경우
3. 계약자 또는 피보험자가 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 원하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)

제20조 【회사의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 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.

제21조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제22조 【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. 다만, 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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>

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

제23조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제24조 【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.

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

<향후 관련 규정이 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) 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제20조(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 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 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.

[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.>

제28조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘산출방법서’에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.

3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

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 제27조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 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

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명		지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 (국립암센터 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금	암수술 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 ‘보험기간’ 이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료 중 ‘암수술’을 받은 경우	1,000만원 (연간 1회에 한하여 지급)
	항암방사선 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 ‘보험기간’ 이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료 중 ‘항암방사선치료’를 받은 경우	1,000만원 (연간 1회에 한하여 지급)
	항암약물 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 ‘보험기간’ 이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘암 또는 대장점막내암 주요치료 중 ‘항암약물치료 (호르몬치료제외)’를 받은 경우	1,000만원 (연간 1회에 한하여 지급)

- 주) 1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘암’으로 진단이 확정되거나, 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2. 암수술치료자금, 항암방사선치료자금 및 항암약물치료자금의 지급횟수는 각각 연간 1회를 한도로 합니다. 다만, ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.
3. 이 특약의 ‘암보장개시일’은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
4. 이 특약의 피보험자가 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.
5. 상급종합병원(국립암센터포함)암주요치료특약(치료별연간1회)(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
6. 상급종합병원(국립암센터포함)암주요치료특약(치료별연간1회)(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 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. 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)

제4항 및 제7항에서 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
(제14조 제2항 및 제28조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
상급종합병원(국립 암센터포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금 (제10조)	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 (제28조 제2항)	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 제14조(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 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.

상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암주요치료특약(치료별연간회) | 무배당_W 약관

※ 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 제10조(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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암주요치료특약(치료별연간회)(무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암주요치료특약(치료별연간회)(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

[약관용어 설명]

- **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.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율을 말합니다.

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

연간 : 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 계약해당일로 합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘기타피부암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘기타 피부의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 3] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ ‘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. ‘기타피부암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ ‘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.

- ⑤ 제3항 내지 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘기타피부암’, 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 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

[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 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 【‘암수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘암수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘기타 피부암’ 또는 ‘갑상선암’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 한의사의 관리 하에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’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」 제11조의3에 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>

[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)

- ② 제1항에서 ‘암수술’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), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]은 ‘암수술’에 포함되지 않습니다.
- ③ 제1항의 ‘암수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 포함되지 않습니다.
- ④ 제1항의 ‘암수술’은 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 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 전문평가 위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조 【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】

- ① ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보형자의 ‘기타 피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보형자의 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료 및 ‘호르몬 관련 치료제를 사용하는 치료’는 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’에서 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.

제6조 【‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’의 정의】

- ① ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’라 함은 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’을 제거하거

나 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호를 말합니다.

1. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(‘암수술’의 정의와 장소)에서 정한 ‘암수술’을 받은 경우
 2. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제1항에서 정한 ‘항암방사선치료’를 받은 경우
 3. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제2항에서 정한 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’를 받은 경우
- ② ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 제거 또는 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 호르몬 관련 치료제를 사용하는 치료
- ③ 제2항 제1호의 ‘안전성과 유효성’ 인정 범위는 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, ‘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 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 제품정보 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 ‘효능효과’, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
 : 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보
 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

제7조 【‘상급종합병원’의 정의】

‘상급종합병원’이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)]

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제8조 【‘국립암센터’의 정의】

‘국립암센터’라 함은 「암관리법」 제27조(국립암센터 설립 등)에서 정한 국립암센터를 말합니다.

【암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)】

- ① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.
- ② 국립암센터는 법인으로 한다.
- ③ 국립암센터는 주된 사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립한다.
- ④ 제3항에 따른 설립등기 사항은 다음 각 호와 같다.
 1. 목적
 2. 명칭
 3. 주된 사무소 및 부속기관
 4. 임원의 성명 및 주소
 5. 공고의 방법

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제9조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① 제7조(‘상급종합병원’의 정의)에 의한 ‘상급종합병원’의 지정기준 또는 제8조(‘국립암센터’의 정의)에 의한 ‘국립암센터’의 설립·운영기준이 의료법 및 관련 법률(이하 ‘법령’이라 함)의 개정(이하 ‘개정’이라 함)에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 ‘상급종합병원’ 또는 ‘국립암센터’와 관련된 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정(이하 ‘개정’이라 함)에 따라 ‘상급종합병원 지정기준’ 또는 ‘국립암센터’ 제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정(이하 ‘개정’이라 함)에 따라 ‘상급종합병원 지정기준’ 또는 ‘국립암센터’ 제도의 변경으로 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우

예시) 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수 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 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 이 특약의 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제10조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다. (치료별 각각 연간 1회 한도 지급) 다음 각 호의 ‘암수술치료자금’, ‘항암방사선치료자금’, ‘항암약물치료자금’을 합하여 ‘상급종합병원(국립암센터포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금’이라 합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 제3조(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단 확정)에서 정한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 ‘보험기간’ 이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’ 중 제4조(‘암수술’의 정의와 장소)에서 정한 ‘암수술’을 받은 경우 : 암수술치료자금
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 제3조(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단 확정)에서 정한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 ‘보험기간’ 이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’ 중 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제1항에서 정한 ‘항암방사선치료’를 받은 경우 : 항암방사선치료자금
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 제3조(‘기타피부암’ 및 ‘갑상

선암'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단이 확정되고 '보험기간' 이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 '기타피부암 또는 갑상선암 주요치료' 중 제5조('항암방사선치료' 및 '항암약물치료(호르몬치료제외)'의 정의) 제2항에서 정한 '항암약물치료(호르몬치료제외)'를 받은 경우 : 항암약물치료자금

<상급종합병원(국립암센터포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금 지급예시>

- 해당 특약 가입일 : 2026년 01월 01일 (특약가입금액 100만원)
- 기타피부암 진단확정일 : 2026년 11월 01일
- 갑상선암 진단확정일 : 2046년 10월 01일

기타피부암 진단 (2026.11.01.)		기타피부암 치료 (2027.11.01.~ 12.28.)		기타피부암 또는 갑상선암 주요치료 미시행	갑상선암 진단 (2046.10.01.)		갑상선암 치료 (2047.02.01.~ 03.31.)		
기타피부암 수술 및 항암약물치료(호르몬치료제외) 각 1회		기타피부암 항암방사선치료 3회			갑상선암 수술 및 기타피부암 수술 각 1회		갑상선암 항암약물치료(호르몬치료제외) 6회		
↓		↓			↓		↓		
2026.01.01. (계약일)		2027.01.01. (매년 계약해당일)		2028.01.01. ... (매년 계약해당일)	2046.01.01. (매년 계약해당일)		2047.01.01. (매년 계약해당일)		2048.01.01. (매년 계약해당일)
기타피부암 수술 100만원지급		항암방사선치료 100만원 지급		-	갑상선암 수술 100만원지급		항암약물치료 (호르몬치료제외) 100만원지급		
항암약물치료 (호르몬치료제외) 100만원지급		-		-	기타피부암 수술 지급× ※연간1회한도 초과		-		

※ 특정 연도에 ‘상급종합병원(국립암센터포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금’ 중 어느 하나의 보험금이 이미 지급된 경우 이후 매년 계약해당일 전일까지의 기간에 ‘기타피부암암 또는 갑상선암 주요치료’를 받더라도 보험금을 지급받은 그 치료에 대해 다른 보험금을 추가로 지급하지 않습니다.(치료별 연간 1회 한도 지급)

제11조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

- ① 제10조(보험금의 지급사유)의 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’는 제6조(‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’의 정의)에서 정한 진료행위를 말하며, 최초로 진단된 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’과 상이한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 위한 주요치료도 포함됩니다.
- ② 제10조(보험금의 지급사유)에서 ‘연간’이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 ‘매년 계약해당일’로 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 ‘기타피부암 또는 갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’ 중 어느 하나의 동일한 치료를 연간 1회 이상 이용한 경우에도 이용 횟수와 관계없이 연간 1회의 이용으로 간주하여 ‘암수술치료자금’, ‘항암방사선치료자금’ 또는 ‘항암약물치료자금’을 각각 연간 1회만 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 제3조(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정)에서 정의한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑤ 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.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제10조(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 제4항 내지 제5항의 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.

제12조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자산을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 결과 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하고, 제11조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제4항에서

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.

제13조 【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), 수술확인서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서, 원외처방시 의사처방전(처방조제비), 약제비영수증, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 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.

제14조 【보험금 등의 지급절차】

① 회사는 제13조(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 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.

[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)

- 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 제13조(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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제11조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에 따라 보험금 등 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 제17조(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.

제15조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조 【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.>

제17조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제16조(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 계약 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 계약을 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 확

인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려 드립니다.

[약관용어 설명]

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

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제16조(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 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

제18조 【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 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 - 1. 상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암주요치료특약(치료별연간1회)(무배당)_TW
 - 2. 상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암주요치료특약(치료별연간1회)(무배당)_DW

- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ④ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- 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 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. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
- ⑥ 제5항 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.
- ⑦ 제2항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑧ 제7항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제13조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제14조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제14조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.

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.>

제19조 【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 계약의 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 계약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 원하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형II))으로 가입시에 한함)

제20조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제21조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제22조 【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. 다만, 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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>

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

제23조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제24조 【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.

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

<향후 관련 규정이 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 따

라 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) 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제20조(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 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 제28조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따

라 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.>

제28조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘산출방법서’에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

- 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 제27조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제29조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기 타 사 항

제30조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 100만원)

급 부 명		지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원(국립암센터포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금	암수술 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 ‘보험기간’ 이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요 치료’ 중 ‘암수술’을 받은 경우	100만원 (연간 1회에 한하여 지급)
	항암방사선 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 ‘보험기간’ 이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요 치료’ 중 ‘항암방사선치료’를 받은 경우	100만원 (연간 1회에 한하여 지급)
	항암약물 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 ‘보험기간’ 이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요 치료’ 중 ‘항암약물치료(호르몬 치료제외)’를 받은 경우	100만원 (연간 1회에 한하여 지급)

- 주) 1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제3조(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2. 암수술치료자금, 항암방사선치료자금 및 항암약물치료자금의 지급횟수는 각각 연간 1회를 한도로 합니다. 다만, ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.
3. 상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암주요치료특약(치료별연간1회)(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급 하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
4. 상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암·갑상선암주요치료특약(치료별연간1회)(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

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 3]

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 4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항 및 제28조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
상급종합병원(국립 암센터포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금 (제10조)	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 (제28조 제2항)	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 제14조(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.

비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료특약(연간1회) |갱신형,비갱신형,무배당|_W 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 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. 계약관계 관련 용어

가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.

나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.

다. 비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료특약(연간1회)(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.

라. 비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 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 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 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.

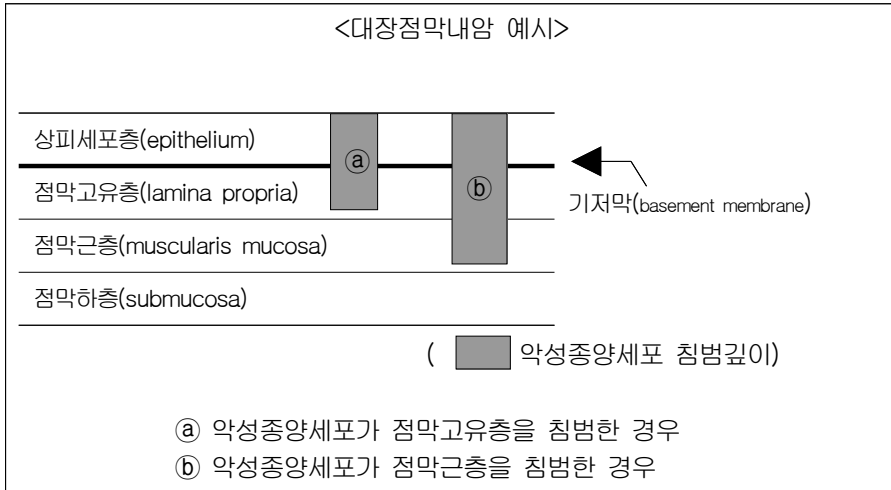
다. 연간 : 최초 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

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 악

성종양 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 피보형자가 ‘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 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 【‘암수술’의 정의와 장소】

① 이 특약에서 ‘암수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘암’

또는 ‘대장점막내암’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 한의사의 관리 하에 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’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 보

보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의3에 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>

[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)

- ② 제1항에서 ‘암수술’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), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]은 ‘암수술’에 포함되지 않습니다.

- ③ 제1항의 ‘암수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 포함되지 않습니다.
- ④ 제1항의 ‘암수술’은 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 포함되지 않습니다.

[약관용어 설명]

- **신의료기술평가위원회** : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구
- **신경 BLOCK** : 자각신경이나 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>

제5조 【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】

- ① ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보형자의 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말한다.
- ② ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보형자의 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말한다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레니제 등) 치료 및 ‘호르몬 관련 치료제’를 사용하는 치료는 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’에서 제외됩니다.

【약관용어 설명】

- **호르몬 관련 치료제** : 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬 제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제6조 【‘암 또는 대장점막내암 주요치료’의 정의】

- ① ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’라 함은 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’을 제거하거나 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호를 말합니다.
1. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(‘암수술’의 정의와 장소)에서 정한 ‘암수술’을 받은 경우
 2. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제1항에서 정한 ‘항암방사선치료’를 받은 경우
 3. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제2항에서 정한 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’를 받은 경우

- ② ‘암 또는 대장점막내암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 영양요법 등 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 제거 또는 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 호르몬 관련 치료제를 사용하는 치료
- ③ 제2항 제1호의 ‘안전성과 유효성’ 인정 범위는 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, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함이다)’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 제품정보 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>) - 의료정보 - 의약품정보
- 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

제7조 【‘비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료’의 정의】

- ① ‘비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료’라 함은 제6조(‘암 또는 대

장점막내암 주요치료'의 정의)에서 정한 '암 또는 대장점막내암 주요치료' 중 '암' 또는 '대장점막내암'을 제거하거나 '암' 또는 '대장점막내암'의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. '암' 또는 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 암수술'을 받은 경우
 2. '암' 또는 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료'를 받은 경우
 3. '암' 또는 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬치료제외)'를 받은 경우
- ② 제1항에서 '비급여'라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.
- ③ 제1항에서 '전액본인부담'이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 비용 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.
- ④ 제1항 제1호에서 '비급여(전액본인부담 포함) 암수술'은 암수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항의 '비급여' 또는 제3항의 '전액본인부담'에 해당하는 경우를 말합니다.
- ⑤ 제1항 제2호에서 '비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료'는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료가 제2항의 '비급여' 또는 제3항의 '전액본인부담'에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.
- ⑥ 제1항 제3호에서 '비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬치료제외)'는 항암 약물치료(호르몬치료제외)로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항의 '비급여' 또는 제3항의 '전액본인부담'에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

제8조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① 회사는 보험금 지급사유 관련 법령이 개정된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 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 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도의 변경으로 제9조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 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 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제9조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일('암'의 경우 '암보장개시일') 이후에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정)에서 정한 '암' 또는 '대장점막내암'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 '암' 또는 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료'('비급여(전액본인부담 포함) 암수술', '비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료', '비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬 치료제외)') 중 어느 하나의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 '비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금'([별표 1] '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. (연간 1회 한도 지급)

<비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금 지급예시>

- 해당 특약 가입일 : 2026년 01월 01일 (특약가입금액 1,000만원)
- 위암 진단확정일 : 2026년 08월 01일

- 대장점막내암 진단확정일 : 2045년 04월 01일

위암 진단 (2026.08.01.)	위암 치료 (2027.01.01. ~ 02.28.)		대장점막내암 진단 (2045.04.01.)	대장점막내암 치료 (2046.09.20. ~ 2046.10.31.)	
위암 수술[비급여] 및 항암약물치료 (호르몬치료 제외)[급여(전액본인부담)] 각 1회	위암 항암방사선치료 [급여(전액본인부담 제외)] 3회	비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료 미시행	대장점막내암 수술 [급여(전액본인부담) 및 위암수술 [비급여] 각 1회	대장점막내암 항암약물치료 (호르몬치료 제외)[비급여] 6회	
↓	↓		↓	↓	
2026.01.01. (최초 계약일)	2027.01.01 (매년 계약해당일)	2028.01.01 ... (매년 계약해당일)	2045.01.01 (매년 계약해당일)	2046.01.01 (매년 계약해당일)	2047.01.01 (매년 계약해당일)
위암 수술[비급여] 1,000만원 지급	-	-	대장점막내암 수술[급여(전액본인부담)] 1,000만원 지급	항암약물치료 (호르몬치료 제외)[비급여] 1,000만원 지급	
항암약물치료 (호르몬치료 제외) 지급× ※연간1회한도 초과	-	-	위암수술 [비급여] 지급× ※연간1회한도 초과	-	

※ 특정 연도에 ‘비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금’이 지급된 이후 다음 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간에 ‘비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료’를 받더라도 ‘비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금’을 추가로 지급하지 않습니다. (연간 1회 한도 지급)

제10조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제5항 내지 제7항은 제17조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에

적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 제9조(보험금의 지급사유)의 ‘비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료’는 제7조(‘비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료’의 정의)에서 정한 진료행위를 말하며, 최초로 진단된 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’과 상이한 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 위한 비급여(전액본인부담 포함) 주요치료도 포함됩니다.
- ② 제9조(보험금의 지급사유)에서 ‘연간’이라 함은 최초 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 계약해당일로 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료’를 연간 1회 이상 이용한 경우에도 이용횟수와 관계없이 연간 1회의 이용으로 간주하여 ‘비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금’을 연간 1회만 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘암’으로 진단확정되거나, ‘보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 또한, 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.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ⑥ 피보험자에게 제4항의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일(‘암’의 경우 최초계약의 ‘암보장개시일’) 이후에 이미 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 지급사유인 경우(이미 보험료 납입을 면제한 질병의 중앙세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 전일 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 최초 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
- ⑧ 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 정

하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ⑨ 계약자와 회사가 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.

제11조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 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 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하고, 제10조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제4항에서 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.

제12조 【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), 수술확인서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서, 원외처방시 의사처방전(처방조제비), 약제비영수증, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 진료비계산서, 진료비세부내역서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확

보된 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 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제12조(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 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 5] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.

[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)

- 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 제12조(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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제10조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제8항 및 제9항에 따라 보험금 등 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가급최보험금으로 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 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.

제14조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 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 보장
 을 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 있
 는 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 조건으
 로 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 알려 드립니다.

[약관용어 설명]

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

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금
 을 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 발
 생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해
 지 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 부
 활(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.

제4 관 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 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 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료특약(연간1회)(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 계약을 체결하는 경우에는 '최초계약'이라 하며, 이후 계약의 보험기간이 끝난 후 제22조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 '갱신계약'이라 합니다.
- ⑦ 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 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. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
- ⑧ 제7항 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.
- ⑨ 제3항 1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제12조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제13조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제13조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.

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 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 계약의 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 계약으로 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(단, 2형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)

제19조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제17조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 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 바

에 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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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 변경전에 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>

- 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.

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. 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 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)를 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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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, 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.

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 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 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 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 관련 규정이 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) 규

정에 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 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 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.

【약관용어 설명】

- **제척기간** : 어떤 종류의 권리에 대하여 법률상으로 정하여진 존속기간을 말하

며, 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.>

제28조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급

금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

- 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 제27조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

[약관용어 설명]

- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 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.

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)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 ‘암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료’ ‘비급여(전액본인부담 포함) 암수술’, ‘비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료’, ‘비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬치료제외)’ 중 어느 하나의 치료를 받은 경우	1,000만원 (연간 1회에 한하여 지급)

- 주) 1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘암’으로 진단이 확정되거나, 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2. ‘1’에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. ‘연간’이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 계약해당일로 합니다.
4. 이 특약의 ‘암보장개시일’은 최초계약의 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.
5. 이 특약의 피보험자가 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우

납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일('암'의 경우 '암보장개시일') 이후에 '암' 또는 '대장점막내암'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 '암' 또는 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 '비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료'('비급여(전액본인부담 포함 암수술', '비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료', '비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬치료제외)') 중 어느 하나의 치료를 받은 경우	1,000만원 (연간 1회에 한하여 지급)

- 주) 1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 '암'으로 진단이 확정되거나, 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 '대장점막내암'으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2. '연간'이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 계약해당일로 합니다.
3. 이 특약의 '암보장개시일'은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
4. 이 특약의 피보험자가 '암보장개시일' 전일 이전에 '암'으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.

5. 비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
6. 비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료특약(연간1회)(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 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 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)

제4항 및 제7항에서 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.

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
(제13조 제2항 및 제28조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
비급여(전액본인부담 포함) 암 또는 대장점막내암 주요치료자금 (제9조)	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 (제28조 제2항)	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 제13조(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 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.

비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암·갑상선암주요치료특약 (연간1회) |갱신형,비갱신형,무배당_TW 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 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. 계약관계 관련 용어

가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.

나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

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

나. 연간 : 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간

을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘기타피부암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘기타 피부의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘갑상선암’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 3] ‘갑상선의 악성신생물 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ ‘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. ‘기타피부암’의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ ‘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.
- ⑤ 제3항 내지 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘기타피부암’, 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 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.

<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 【‘암수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘암수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘기타 피부암’ 또는 ‘갑상선암’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 한의사의 관리 하에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’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」 제11조의3에 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>

[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)

- ② 제1항에서 ‘암수술’은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받

은 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), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]은 ‘암수술’에 포함되지 않습니다.

- ③ 제1항의 ‘암수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 포함되지 않습니다.
- ④ 제1항의 ‘암수술’은 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 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 전문평가 위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지 부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조 【‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의】

- ① ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘기타 피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(Ionizing Radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말한다.
- ② ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말한다. 다만, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료 및 ‘호르몬 관련 치료제’를 사용하는 치료는 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’에서 제외됩니다.

【약관용어 설명】

- **호르몬 관련 치료제** : 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬 제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제6조 【‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’의 정의】

- ① ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’라 함은 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’을 제거하거나 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호를 말한다.
 - 1. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(‘암수술’의 정의와 장소)에서 정한 ‘암수술’을 받은 경우
 - 2. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제1항에서 정한 ‘항암방사선치료’를 받은 경우

3. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘항암방사선치료’ 및 ‘항암약물치료(호르몬치료제외)’의 정의) 제2항에서 정한 ‘항암약물치료(호르몬 치료제외)’를 받은 경우
- ② ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 제거 또는 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 호르몬 관련 치료제를 사용하는 치료
- ③ 제2항 제1호의 ‘안전성과 유효성’ 인정 범위는 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, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)’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 제품정보 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>) - 의료정보 - 의약품정보
- 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

제7조 【‘비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’의 정의】

- ① ‘비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’라 함은 제6조(‘기타 피부암 또는 갑상선암 주요치료’의 정의)에서 정한 ‘기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’ 중 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’을 제거하거나 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
 1. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘비급여(전액본인부담 포함) 암수술’을 받은 경우
 2. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료’를 받은 경우
 3. ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬치료제외)’를 받은 경우
- ② 제1항에서 ‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.
- ③ 제1항에서 ‘전액본인부담’이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 비용 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.
- ④ 제1항 제1호에서 ‘비급여(전액본인부담 포함) 암수술’은 암수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항의 ‘비급여’ 또는 제3항의 ‘전액본인부담’에 해당하는 경우를 말합니다.
- ⑤ 제1항 제2호에서 ‘비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료’는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료가 제2항의 ‘비급여’ 또는 제3항의 ‘전액본인부담’에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.
- ⑥ 제1항 제3호에서 ‘비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬치료제외)’는 항암약물치료(호르몬치료제외)로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항의 ‘비급여’ 또는 제3항의 ‘전액본인부담’에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

제8조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① 회사는 보험금 지급사유 관련 법령이 개정된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 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 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도의 변경으로 제9조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 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 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제9조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 제3조(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’(‘비급여(전액본인부담 포함) 암수술’, ‘비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료’, ‘비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬치료제외)’) 중 어느 하나의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 ‘비급여(전액본인

부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다. (연간 1회 한도 지급)

<‘비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금’ 지급예시>

- 해당 특약 가입일 : 2026년 01월 01일 (특약가입금액 1,000만원)
- 갑상선암 진단확정일 : 2050년 10월 01일
- 갑상선암이 림프절암으로 전이 진단확정일: 2055년 04월 01일

기타피부암 또는 갑상선암 주요치료 미시행	갑상선암 진단 (2050.10.01.) 암수술[비급여] 및 항암방사선치료[급 여(전액본인부담)] 각 1회	기타피부암 또는 갑상선암 주요치료 미시행	갑상선암이 림프절암으로 전이 진단 (2055.04.01.) 림프절암 수술[급여(전액 본인부담 제외)] 1회	림프절암 (전이암) 치료 (2056.04.01.~ 2056.08.01.) 항암약물치료(호르몬치료 제외) [비급여] 6회	
↓	↓	↓	↓	↓	
2026.01.01. ... (최초 계약일)	2050.01.01. (매년 계약해당일)	2051.01.01. ... (매년 계약해당일)	2055.01.01. (매년 계약해당일)	2056.01.01. (매년 계약해당일)	2057.01.01. (매년 계약해당일)
-	암수술[비급여] 200만원지급	-	-	항암약물치료(호 르몬치료 제외) [비급여] 200만원지급	
-	항암방사선치료 지급× ※연간1회한도 초과	-	-	-	

※ 특정 연도에 ‘비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금’이 지급된 이후 다음 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간에 비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료를 받더라도 ‘비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금’을 추가로 지급하지 않습니다. (연간 1회 한도 지급)

제10조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제6항 내지 제8항은 제17조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 제9조(보험금의 지급사유)의 ‘비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’는 제7조(‘비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’의 정의)에서 정한 진료행위를 말하며, 최초로 진단된 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’과 상이한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 위한 비급여(전액본인부담 포함) 주요치료도 포함됩니다.
- ② 제9조(보험금의 지급사유)에서 ‘연간’이라 함은 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘비급여(전액본인부담 포함) 주요치료’를 연간 1회 이상 이용한 경우에도 이용횟수와 관계없이 연간 1회의 이용으로 간주하여 ‘비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금’을 연간 1회만 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 제3조(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정)에서 정의한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑤ 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.
- ⑥ 제4항 및 제5항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ⑦ 피보험자에게 제4항의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일 이후에 이미 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 지급사유인 경우(이미 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 전일 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 최초 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
- ⑨ 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.

- ⑩ 계약자와 회사가 제4항 내지 제5항의 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.

제11조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 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 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하고, 제10조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제4항 내지 제5항에서 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.

제12조 【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), 수술확인서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서, 원외처방시 의사처방전(처방조제비), 약제비영수증, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 진료비계산서, 진료비 세부내역서 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 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제12조(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 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표 4] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.

[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)

- 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 제12조(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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제10조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제9항 및 제10항에 따라 보험금 등 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 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의뢰기관 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.

제14조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 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 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.>

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 알려 드립니다.

[약관용어 설명]

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

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 가입금액 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 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

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 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 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ④ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 계약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 계약의 보험기간이 끝난 후 제22조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑥ 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 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되어 해약환

급금을 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

⑦ 제6항 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.

⑧ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제12조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제13조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제13조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.

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 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 계약의 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 계약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형Ⅱ)으로 가입시에 한함)

제19조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제17조(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.

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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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 변경전에 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>

- 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 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.

제22조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제17조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우에만 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 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 제 129조(보험요율 산출의 원칙)를 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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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, 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.

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 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 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 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 관련 규정이 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) 규

정에 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.

제6관 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 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 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.

【약관용어 설명】

- 제척기간 : 어떤 종류의 권리에 대하여 법률상으로 정하여진 존속기간을 말하

며, 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.>

제28조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약

환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

- 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 제27조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

[약관용어 설명]

- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 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.

제29조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항

제30조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

○ 1종(갱신형)

(기준 : 특약가입금액 100만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’(‘비급여(전액본인부담 포함) 암수술’, ‘비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료’, ‘비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬치료 제외)’ 중 어느 하나의 치료를 받은 경우	100만원 (연간 1회에 한하여 지급)

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제3조(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정)에서 정의한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2. ‘1’에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약가입금액 100만원)

급부명	지급사유	지급금액
비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료’(‘비급여(전액본인부담 포함) 암수술’, ‘비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료’, ‘비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료(호르몬치료 제외)’) 중 어느 하나의 치료를 받은 경우	100만원 (연간 1회에 한하여 지급)

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 제3조(‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정)에서 정의한 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2. ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

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 3]

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 4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항 및 제28조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 또는 갑상선암 주요치료자금 (제9조)	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 (제28조 제2항)	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 제13조(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 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.

항암약물치료특약 | 갱신형,비갱신형,무배당_W 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 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. 계약관계 관련 용어

가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.

나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.

다. 항암약물치료특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.

라. 항암약물치료특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 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 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

(2) 2종(비갱신형)

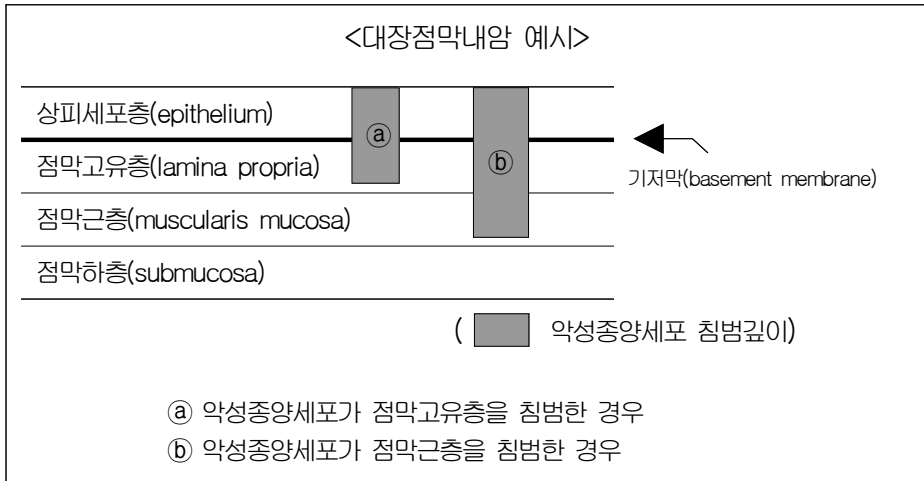
계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

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, ‘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 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’, ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’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 【보험금의 지급사유】

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

1. 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 ‘보장개시일’ 이후에 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았을 때 (최초 1회한)

나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았을 때 (각각 최초 1회한)

제6조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항 내지 제 4항은 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 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정)에서 정의한 ‘암’으로 진단확정 되거나 ‘보장개시일’ 이후에 ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 중 어느 하나로 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.
- ② 제1항에도 불구하고 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 피보험자에게 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유 및 제 1항의 보

험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일(‘암’의 경우 최초계약의 ‘암보장개시일’) 이후에 이미 지급된 보험금 또는 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 지급사유인 경우(이미 지급된 보험금 또는 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 전일 이전에 진단 확정되어 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 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.
- ⑥ 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.>

제7조 【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 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하고, 제6조(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.

제8조 【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), 항암약물치료확인서, 원외처방시 의사처방전(처방조제비), 약제비 영수증 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 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제8조(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 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 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 지급일기 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 제8조(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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제6조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항에 따라 보험금 등 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 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.

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.

[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 부

활(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

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 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 항암약물치료특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 항암약물치료특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 '최초계약'이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된

경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.

⑦ 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 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. 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우

4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

⑧ 제7항 제4호 ‘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.

⑨ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제9조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려 드립니다. 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 일반심사 보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)
3. 이 특약의 피보험자가 최초계약의 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조(‘암’ 등

의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우

[약관용어 설명]

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것

제15조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 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.

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 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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>

- 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.

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. 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 자동갱

신 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 제6조(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.

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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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 한하여 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.

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 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 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 관련 규정이 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 드립니다.

니다.

제23조의2 【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 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 산출방법서에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
 3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.
- 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 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해지 당시의 계약자적립액을 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
- **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.

제25조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기 타 사 항

제26조 【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
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 ‘보장개시일’ 이후에 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았을 때	1,000만원 (최초 1회한)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았을 때	200만원 (각각 최초 1회한)

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정)에서 정의한 ‘암’으로 진단확정되거나 ‘보장개시일’ 이후에 ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 중 어느 하나로 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.
2. ‘1.’에도 불구하고 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 피보험자에게 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 보험금의 지급사유 및 1.의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일(‘암’의 경우 최초계약의 ‘암보장개시일’) 이후에 이미 지급된 보험금 또는 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 지급사유인 경우(이미 지급된 보험금 또는 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
4. 3.에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 전일 이전에 진단 확정되어 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유가 발생되더라도 보험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건

강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.

5. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.
6. 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.
7. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.
8. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
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 ‘보장개시일’ 이후에 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았을 때	1,000만원 (최초 1회한)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암약물치료’를 받았을 때	200만원 (각각 최초 1회한)

주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정)에서 정의한 ‘암’으로 진단확정되거나 ‘보장개시일’ 이후에 ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 중 어느 하나로 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 이후

의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 피보험자에게 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 보험금의 지급사유 및 1.의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도 보장개시일(‘암’의 경우 ‘암보장개시일’) 이후에 이미 지급된 보험금 또는 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 지급사유인 경우(이미 지급된 보험금 또는 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
3. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.
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. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.
6. 항암약물치료특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
7. 항암약물치료특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

대상이 되는 악성신생물 분류
(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) 제4항 및 제7항에서 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
(제9조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
항암약물 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 (제24조 제2항)	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 제9조(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 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,비갱신형,무배당_W 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 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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 표적항암약물허가치료특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 표적항암약물허가치료특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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. 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)

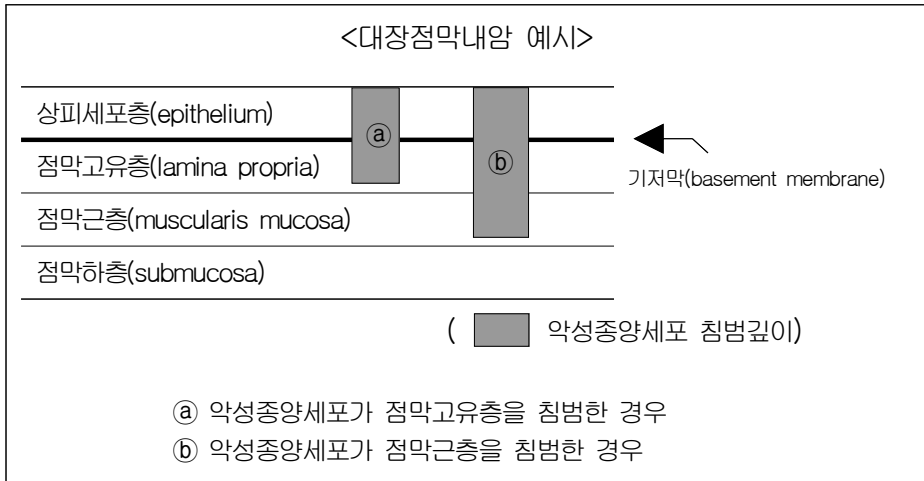
계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

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, ‘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

- 피보형자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보형자의 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 【‘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 수행하

는 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 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 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 보험수익자

에게 ‘표적항암약물허가치료자금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다.)

제7조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

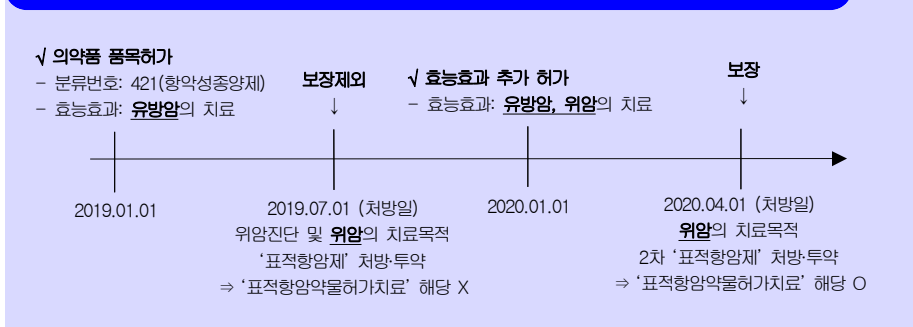
※ 아래 제2항 내지 제5항은 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 제6항은 같은조 같은 항의 2종(비갱신형)에 적용됩니다. 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정의한 ‘암’으로 진단확정 되거나 ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’으로 진단확정 되었을 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) 제7항 제3호의 경우에는 이 특약은 소멸합니다.
- 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 제1항의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 ‘암보장개시일’(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 이후에 이미 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 지급사유인 경우(이미 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 전일 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 이 특약의 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 계약일 부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 이 특약의 ‘암보장개시일’(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보

장개시일) 이후에 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

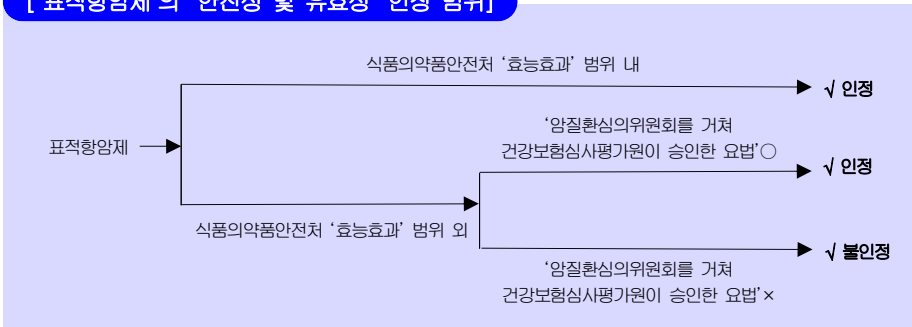
- ⑦ 피보험자가 보험기간 중 ‘암보장개시일’(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 이후에 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’ 중 어느 하나에 대하여 ‘표적항암약물허가치료자금’을 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- ⑧ 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘표적항암약물허가치료자금’은 ‘표적항암제’를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 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]

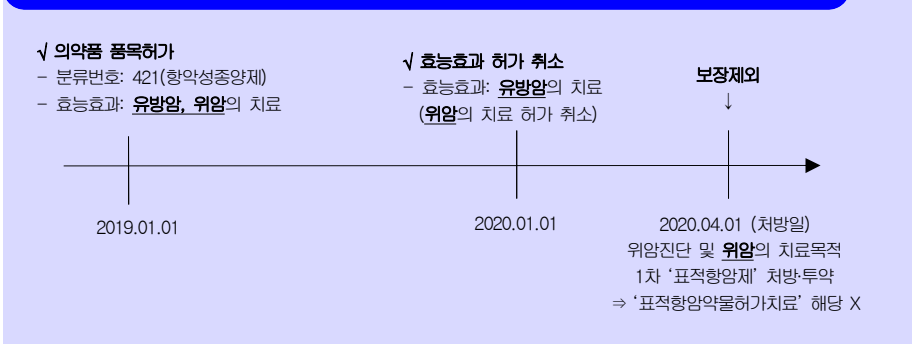


- ⑨ 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘표적항암약물허가치료를 받았을 때’는 ‘표적항암제’를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조(‘표적항암제’ 및 ‘표적항암약물허가치료’의 정의) 제3항에서 정한 ‘안전성과 유효성 인정 범위’가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 ‘안전성과 유효성인정 범위’ 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

['표적항암제'의 '안전성 및 유효성' 인정 범위]



['안전성과 유효성 인정 범위' 변경(삭제) 예시: 의약품의 '효능효과' 허가 취소]



- ⑩ 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.
- ⑪ 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 납입면제사유가 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 지급하고, 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 보험료의 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, 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 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 휴대 전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제7조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제10항 및 제11항에 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 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 지급지연

에 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.

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 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 표적항암약물허가치료특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 표적항암약물허가치료특약(무배당)_DW
- ③ 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)
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제3항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑦ 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 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. 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘표적항암약물허가치료자금’의 지급사유가 발생한

경우

4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

⑧ 제7항 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.

[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.>

- ⑨ 제2항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑩ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여

아 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제10조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

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 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

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

제16조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 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) 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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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>

- 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 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제19조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우에만 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(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】

※ 아래 제2항은 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일때에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제21조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제2항은 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 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.

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 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 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 관련 규정이 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 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) 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 ‘산출방법서’에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 해지율을 적용하지 않는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

- 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 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액을 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
- **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.

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

○ 1종(갱신형)

(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 (다만, 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 진단확정 되거나 ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’으로 진단확정 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제7항 제3호의 경우에는 이 특약은 소멸합니다.
2. ‘1.’에도 불구하고 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 최초계약의 경우 ‘암보장개시일’(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 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.
4. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.
5. 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.
6. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.
7. 보험기간 중 ‘암보장개시일’(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보

장개시일) 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.

8. 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.
9. 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.
10. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(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 (다만, 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 진단확정 되거나 ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’으로 진단확정 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제7항 제3호의 경우에는 이 특약은 소멸합니다.
2. ‘암보장개시일’(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 이

후 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

3. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.
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. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.
6. 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.
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. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
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 유효성 인정 범위’ 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
9. 표적항암약물허가치료특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
10. 표적항암약물허가치료특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 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. 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. 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) 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
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 91일 이후 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(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]

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	지오텍립정20밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오텍립정30밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오텍립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	애플리버셉트 Aflibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
5	알렉티닙염산염(미분화) Alectinib Hydrochloride Micronized	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
6	알펠리십 Alpelisib	피크레이정50밀리그램(알펠리십)
		피크레이정150밀리그램(알펠리십)
		피크레이정200밀리그램(알펠리십)
7	아미반타맙 Amivantamab	리브리반트주(아미반타맙)
8	레날리도마이드무수물 Anhydrous Lenalidomide	레날리드정(레날리도마이드)
9	애시미닙염산염 Asciminib Hydrochloride	셈블릭스정20밀리그램(애시미닙염산염)
		셈블릭스정40밀리그램(애시미닙염산염)
10	아테졸리주맙 Atezolizumab	티센트릭주(아테졸리주맙)
11	아벨루맙 Avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
12	엑시티닙 Axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
13	벨주티판 Belzutifan	웰리렉정(벨주티판)
14	베바시주맙 Bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
		온베브지주(베바시주맙)
		자이라베브주(베바시주맙)
		아림시스주(베바시주맙)
		베그젤마주(베바시주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
15	블리나투모맙 Blinatumomab	블린사이토주 35마이크로그램(블리나투모맙, 유전자재조합)
16	보르테조맙일수화물 Bortezomib Monohydrate	화이자보르테조맙주3.5밀리그램(보르테조맙일수화물)
17	보르테조맙삼합체 Bortezomib Trimer	벨케이드주(보르테조맙삼합체)
		테조벨주(보르테조맙삼합체)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		프로테조립주(보르테조립삼합체)
		벨킨주3.5밀리그램(보르테조립삼합체)
		보테벨주3.5밀리그램(보르테조립삼합체)
		테조민주3.5밀리그램(보르테조립삼합체)
		벨킨주2.5밀리그램(보르테조립삼합체)
		벨조립주3.5밀리그램(보르테조립삼합체)
		벨조립주1밀리그램(보르테조립삼합체)
		프로테조립주2.5밀리그램(보르테조립삼합체)
		테조민주2.5밀리그램(보르테조립삼합체)
18	보수티닙일수화물 Bosutinib Monohydrate	보솔리프정100밀리그램(보수티닙일수화물)
		보솔리프정400밀리그램(보수티닙일수화물)
		보솔리프정500밀리그램(보수티닙일수화물)
19	브렌투시맙베도틴 Brentuximab Vedotin	애드세트리스주(브렌투시맙베도틴)
20	브리가티닙 Brigatinib	알론브릭정30밀리그램(브리가티닙)
		알론브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알론브릭정180밀리그램(브리가티닙)
21	카보잔티닙(S)-말산염 Cabozantinib (S)-malate	카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙)
22	카프마티닙염산염일수화물 Capmatinib Hydrochloride Hydrate	타브렉타정150밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
		타브렉타정200밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
23	카르필조립 Carfilzomib	키프롤리스주60밀리그램(카르필조립)
		키프롤리스주30밀리그램(카르필조립)
24	세미플리맙 Cemiplimab	리브타요주(세미플리맙)
25	세리티닙 Ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
26	세톡시맙	엘비투스주 5mg/mL (세톡시맙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	Cetuximab	
27	실타캡타젠오토류셀 Ciltacaptagene Autoleucel	카빅티주(실타캡타젠오토류셀)
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	젠퍼리주(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)
		발베사정4밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정5밀리그램(얼다피티닙)
39	엘로티닙염산염	타세바정100밀리그램(엘로티닙염산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	Erlotinib Hydrochloride	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)
		레피사정(게피티니브)
		제피티닙정250밀리그램(게피티니브)
		이레티닙정250밀리그램(게피티니브)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
43	젬투주맙오조가마이신 Gemtuzumab Ozogamicin	마일로탁주4.5밀리그램(젬투주맙오조가마이신)
44	길테리티닙푸마르산염 Gilteritinib fumarate	조스파타정40밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
45	이브루티닙 Ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
46	이매티닙메실산염 Imatinib Mesylate	글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
47	이노투주맙오조가마이신	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	Inotuzumab Ozogamicin	
48	이필리무맙 Ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터(이필리무맙, 유전자재조합)
49	이사특시맙 ISATUXIMAB/ISATUXI MAB	살클리사주(이사특시맙)
50	익사조밋시트레이트 Ixazomib Citrate	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밋시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밋시트레이트)
		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밋시트레이트)
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	레날리도마이드반수화물 Lenalidomide Hemihydrate	레블리מיד캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리מיד캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리מיד캡슐15밀리그램(레날리도마이드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		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)
65	니볼루맙(유전자재조합) Nivolumab (rDNA)	옵디보주100mg(니볼루맙, 유전자재조합)
		옵디보주20mg(니볼루맙, 유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙, 유전자재조합)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
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)
70	파조파닙염산염 Pazopanib Hydrochloride	보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
71	펌브롤리주맵 Pembrolizumab	키트루다주(펌브롤리주맵, 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)
		페스코피하주사1200/600밀리그램(퍼투주맵/트라스투주맵)
75	폴라투주맵 베도틴 Polatuzumab Vedotin	플라이비주(폴라투주맵베도틴)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
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	라무시루맙 Ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터(라무시루맙, 유전 자재조합)
81	레고라페닙일수화물 Regorafenib Monohydrate	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
82	리보시클립숙신산염 Ribociclib succinate	키스칼리정200밀리그램(리보시클립숙신산염)
83	리툽시맙 Rituximab	맵테라주(리툽시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
		맵테라피하주사(리툽시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툽시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
84	록소리티닙인산염 Ruxolitinib Phosphate	자카비정20밀리그램(록소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(록소리티닙인산염)
		자카비정5밀리그램(록소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(록소리티닙인산염)
85	사시투주맙고비테칸 sacituzumab govitecan	트로델비주(사시투주맙고비테칸)
86	셀리넥서 Selinexor	엑스포비오정20밀리그램(셀리넥서)
87	셀퍼카티닙 Selpercatinib	레테브모캡슐80밀리그램(셀퍼카티닙)
		레테브모캡슐40밀리그램(셀퍼카티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
88	실룩시맙 (단클론항체 유전자재조합) Siltuximab (Monoclonal Antibody, rDNA)	실반트주100밀리그램(실룩시맙, 유전자재조합)
		실반트주400밀리그램(실룩시맙, 유전자재조합)
89	소라페닙토실레이트(미분화) Sorafenib Tosylate Micronized	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
		소라넵정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
90	소토라십 Sotorasib	루마크라스정120밀리그램(소토라십)
91	수니티닙말산염 Sunitinib Malate	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
92	타파시타맙 Tafasitamab	민주비주(타파시타맙)
93	탈라조파립토실산염 Talazoparib Tosylate	탈제나캡슐1밀리그램(탈라조파립토실산염)
		탈제나캡슐0.25밀리그램(탈라조파립토실산염)
94	테클리스타맙 Teclistamab	텍베일리주153mg(테클리스타맙)
		텍베일리주30mg(테클리스타맙)
95	템시롤리무스 Temsirrolimus	토리셀주(템시롤리무스)
96	테포티닙염산염수화물 Tepotinib hydrochloride hydrate	템메코정225밀리그램(테포티닙염산염수화물)
97	탈리도마이드 Thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)
98	티라브루티닙염산염 Tirabrutinib hydrochloride	베렉스브루정80밀리그램(티라브루티닙염산염)
99	티사젠렉류셀	김리아주(티사젠렉류셀)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	Tisagenlecleucel	
100	트라메티닙디메틸설폭시드(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)
		투젯타주150밀리그램(트라스투주맵)
		투젯타주440밀리그램(트라스투주맵)
102	트라스투주맵데룩스테칸 Trastuzumab deruxtecan	엔허투주100mg(트라스투주맵데룩스테칸)
103	트라스투주맵엠탄신 Trastuzumab Emtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맵엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맵엠탄신)
104	트레멜리무맵 Tremelimumab/Tremelimumab	이뮤도주(트레멜리무맵)
105	반데타닙 Vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
106	베무라페닙고체분산체 Vemurafenib Solid Dispersions	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
107	베네토클락스 Venetoclax	벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
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 표적인자를 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	지오텍 Gilotrif
	크리조티닙 Crizotinib	젤코리 Xalkori
	베바시주맙 Bevacizumab	아바스틴 Avastin
	세특시맙 Cetuximab	세특시맙 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
	라무시루맙 Ramucirumab	사이람자 Cynamza
대장암	베바시주맙 Bevacizumab	아바스틴 Avastin
	세록시맙 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	세록시맙 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.

특정항암호르몬약물허가치료비특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 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 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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 특정항암호르몬약물허가치료비특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 특정항암호르몬약물허가치료비특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

[약관용어 설명]

- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험 약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액 등이 적정하게 계산 될 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.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 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 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 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.

다. 연간 : 최초 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

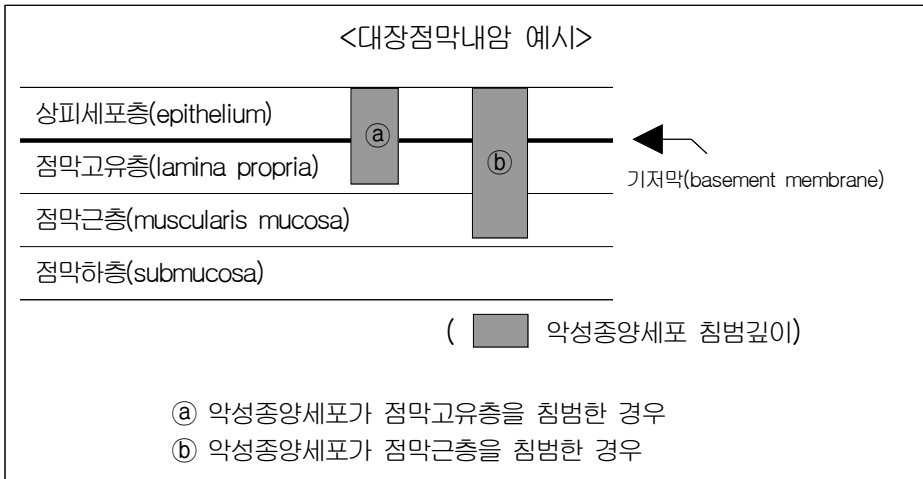
제2 관 보험금의 지급

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 해당

하는 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’, ‘특정항암호르몬치료제’ 및 ‘특정항암호르몬약물허가치료’의 정의】

- ① 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, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 ‘특정항암호르몬치료제’란 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 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.
- ③ 이 특약에서 ‘특정항암호르몬약물허가치료’라 함은 ‘항암약물치료’의 정의에서 정한 ‘항암약물치료’ 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 제2항에서 정한 ‘특정항암호르몬치료제’를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ④ 제3항의 ‘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)

- ⑤ ‘식품의약품안전처 예규 의약품 등 분류번호에 관한 규정’에서 ‘특정항암호르몬치료제’의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제2항에서 정한 ‘특정항암호르몬치료제’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단이 확정되거나, ‘보장개시일’ 이후에 ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고(1종(갱신형) 계약의 경우 최초계약 또는 갱신 전 계약의 진단 포함) 보험기간 이내에 ‘암’, ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘특정항암호르몬약물허가치료’를 받은 경우에는 보험수익자에게 ‘특정항암호르몬약물허가치료금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다. (연간 1회 한도 지급)

한 경우에도 이용횟수와 관계없이 연간 1회의 이용으로 간주하여 특정항암호르몬약물 허가치료자금'을 연간 1회만 지급합니다. 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.

- ③ 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 제3조('암' 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정의한 '암'으로 진단확정 되었거나, '보장개시일' 이후에 '대장점막내암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ⑤ 피보험자에게 제3항의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일('암'의 경우 최초계약의 '암보장개시일') 이후에 이미 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 지급사유인 경우(이미 보험료 납입을 면제한 질병의 중앙세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑥ 제4항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 전일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입면제 사유가 발생했으나 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.
- ⑦ 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.
- ⑧ 계약자와 회사가 제3항의 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.
- ⑨ 제5조(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.

[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.>

제7조 【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 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하고, 제6조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 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.

제8조 【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), 항암약물치료확인서, 원외처방시 의사처방전(처방조제비), 약제비 영수증 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 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제8조(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 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 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 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제6조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제7항에 따라 보험금 등 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 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.

제10조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3 관 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(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 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 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 보험금은 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 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 특정항암호르몬약물허가치료비특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 특정항암호르몬약물허가치료비특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형)만 선택 가능
 3. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 3형(간편가입형II)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑦ 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 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. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
- ⑧ 제7항 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.
- ⑨ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제9조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.

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 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려 드립니다

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 일반심사 보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형) 또는 3형(간편가입형II)으로 가입시에 한함)
3. 이 특약의 피보험자가 최초계약의 계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우

[약관용어 설명]

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것

제15조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 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)에서 정한 ‘암’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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입

금액의 변경은 제한됩니다.

- 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.

<항후 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- 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.

제18조 【특약의 갱신】

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

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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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 한하여 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.

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 회사

는 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 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 관련 규정이 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 중전 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.

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.

제24조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘산출방법서’에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

- 1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 - 2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
 - 3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.
- 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 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제25조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항

제26조 【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
특정항암호르몬 약물허가 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단이 확정되거나, ‘보장개시일’ 이후에 ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단 확정되고 ‘보험기간’ 이내에 ‘암’, ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘특정항암호르몬약물허가치료’를 받았을 때	100만원 (연간 1회에 한하여 지급)

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘암’으로 진단확정 되었거나, ‘보장개시일’ 이후에 ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. ‘1.’에도 불구하고 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상대는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 피보험자에게 1.의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일(‘암’의 경우 최초계약의 ‘암보장개시일’) 이후에 이미 지급된 보험금 또는 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 지급사유인 경우(이미 지급된 보험금 또는 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
4. ‘3.’에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 전일 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. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.
6. 이 특약의 ‘암’의 ‘암보장개시일’은 최초계약의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 하고 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
7. 이 특약의 ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 ‘보장개시일’은 최초계약의 계약일로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 하고 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회

복)을 청약일로 합니다.

8. 이 특약의 피보험자가 최초계약의 계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.
9. 특정항암호르몬약물허가치료비특약(갱신형)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약 자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
특정항암호르몬 약물허가 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단이 확정되거나, ‘보장개시일’ 이후에 ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단 확정되고 ‘보험기간’ 이내에 ‘암’, ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘특정항암호르몬약물허가치료’를 받았을 때	100만원 (연간 1회에 한하여 지급)

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정)에서 정의한 ‘암’으로 진단확정 되었거나, ‘보장개시일’ 이후에 ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.
3. 이 특약의 ‘암’의 ‘암보장개시일’은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
4. 이 특약의 ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 ‘보장개시일’은 계약일로 하며, 계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)을 청약일로 합니다.
5. 이 특약의 피보험자가 계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.
6. 특정항암호르몬약물허가치료비특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약 자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
7. 특정항암호르몬약물허가치료비특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 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. 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) 제4항 및 제7항에서 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
(제9조 제2항 및 제24조 제2항 관련)**

구 분	적립기간	적립이율
특정항암호르몬 약물허가치료 자금 (제5조)	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 (제24조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 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(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.

항암방사선치료특약 |갱신형,비갱신형,무배당_W 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 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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 항암방사선치료특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 항암방사선치료특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

[약관용어 설명]

- **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.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 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 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 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.

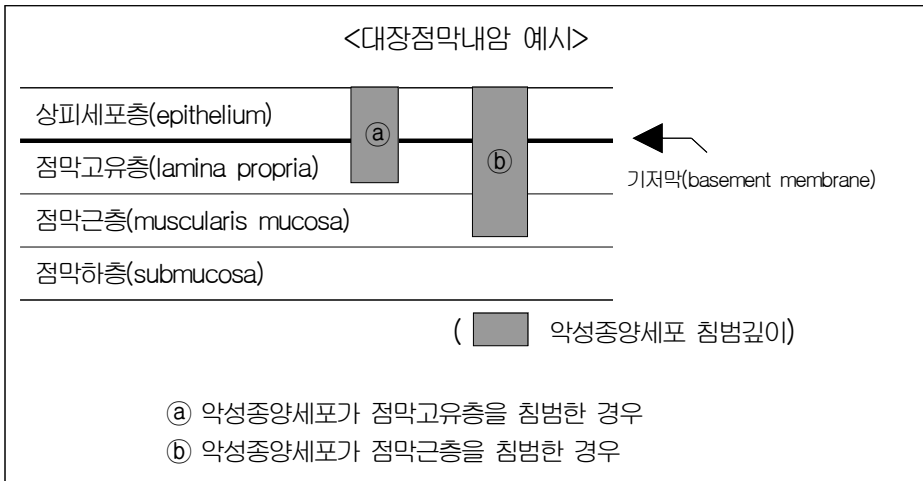
제2관 보험금의 지급

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, ‘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.

다. ‘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’, ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제5조 【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 ‘보장개시일’ 이후에 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암방사선치료’를 받았을 때 (최초 1회한)

나. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암방사선치료’를 받았을 때 (각각 최초 1회한)

제6조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항 내지 4항은 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 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의

및 진단확정)에서 정의한 '암'으로 진단확정 되거나 '보장개시일' 이후에 '기타피부암', '갑상선암' 및 '대장점막내암' 중 어느 하나로 진단이 확정 되었을 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.

- 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 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유 및 제 1항의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일('암'의 경우 최초계약의 '암보장개시일') 이후에 이미 지급된 보험금 또는 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 지급사유인 경우(이미 지급된 보험금 또는 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 전일 이전에 진단 확정되어 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생되더라도 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 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.
- ⑥ 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.>

제7조 【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 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하고, 제6조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에 해당하는 때에는 보험료의 납입을 면제합니다.

다.

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 【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.

제9조 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제8조(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 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 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 제8조(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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제6조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항에 따라 보험금 등 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 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.

제10조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3 관 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(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 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 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

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 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 항암방사선치료특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 항암방사선치료특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 '최초계약'이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 '갱신계약'이라 합니다.
- ⑦ 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 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. 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경

우

4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

⑧ 제7항 제4호 ‘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.

⑨ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제9조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.

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.>

제14조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험

료(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 일반심사 보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)
3. 이 특약의 피보험자가 최초계약의 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우

[약관용어 설명]

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것

제15조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제13조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 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) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 ‘암보장개시일’로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제

한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험 가입금액의 변경은 제한됩니다.

- 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>

- 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 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.
- ⑥ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

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. 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 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.

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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일때에는 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 한하여 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.

제21조 【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 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 관련 규정이 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 피

보험자가 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 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 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 산출방법서에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

- 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 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제25조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항

제26조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

○ 1종(갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
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 ‘보장개시일’ 이후에 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암방사선치료’를 받았을 때	1,000만원 (최초 1회한)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암방사선치료’를 받았을 때	200만원 (각각 최초 1회한)

- 주)1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘암보장개시일’ 이후에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단확정)에서 정의한 ‘암’으로 진단확정 되거나 ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’ 중 어느 하나로 진단이 확정 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. ‘1.’에도 불구하고 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 피보험자에게 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 보험금의 지급사유 및 1.의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일(‘암’의 경우 최초계약의 ‘암보장개시일’) 이후에 이미 지급된 보험금 또는 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 지급사유인 경우(이미 지급된 보험금 또는 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
4. 3.에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 전일 이전에 진단 확정되어 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유가 발생되더라도 보험금 지급 또는 보험료 납입면제사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건 강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우, 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
5. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.

- 다.
- 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.
 - 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 '암보장개시일' 전일 이전에 '암'으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.
 - 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(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 '보장개시일' 이후에 '대장점막내암'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 '항암방사선치료'를 받았을 때	1,000만원 (최초 1회한)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '보장개시일' 이후에 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 '항암방사선치료'를 받았을 때	200만원 (각각 최초 1회한)

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 제3조('암' 등의 정의 및 진단확정)에서 정의한 '암'으로 진단확정되거나 '보장개시일' 이후에 '대장점막내암', '기타피부암', '갑상선암' 중 어느 하나로 진단이 확정되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 피보험자에게 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 보험금의 지급사유 및 1.의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도 보장개시일('암'의 경우 '암보장개시일') 이후에 이미 지급된 보험금 또는 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 지급사유인 경우(이미 지급

된 보험금 또는 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

3. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.
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. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.
6. 항암방사선치료특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
7. 항암방사선치료특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 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 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
(제9조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
항암방사선 치료자금 (제5조)	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 (제24조 제2항)	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 제9조(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 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.

항암중입자방사선치료특약 | 갱신형,비갱신형,무배당_W 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 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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 항암중입자방사선치료특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 항암중입자방사선치료특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 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)

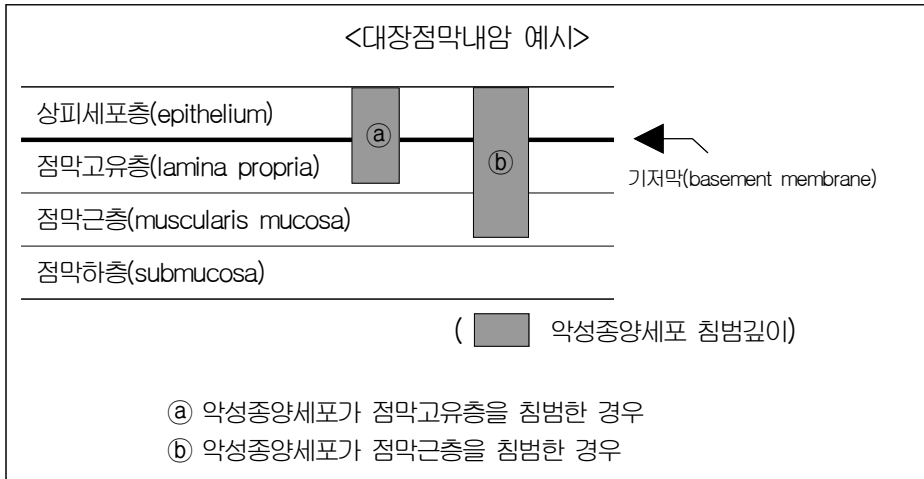
계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 암보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

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, ‘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 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

[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 【‘항암양성자방사선치료’의 정의】

이 특약에서 ‘항암양성자방사선치료’라 함은 제4조(‘항암방사선치료’의 정의)에서 정한 ‘항암방사선치료’ 중, 국내에 허가된 양성자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 ‘암’, ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 분리하여 얻은 양성자를 가속하여 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 【‘항암중입자방사선치료’의 정의】

이 특약에서 ‘항암중입자방사선치료’라 함은 제4조(‘항암방사선치료’의 정의)에서 정한 ‘항암방사선치료’ 중, 국내에 허가된 중입자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 ‘암’, ‘대장점막내암’, ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’의 직접적인 치료를 목적으로 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 ‘항암방사선치료’를 말하며, 제5조(‘항암양성자방사선치료’의 정의)에서 정한 ‘항암양성자방사선치료’는 포함하지 않습니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

제7조 【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 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암중입자방사선치료’를 받은 경우 보험수익자에게 약정한 ‘항암중입자방사선치료자금’([별표1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다).

제8조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항 내지 제5항은 제15조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에

적용되고, 제6항은 같은조 같은 항의 2종(비갱신형)에 적용되며 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 '암보장개시일' 이후에 제3조('암' 등의 정의 및 진단확정)에서 정의한 '암'으로 진단이 확정 되거나 '보장개시일' 이후에 '기타피부암', '갑상선암' 및 '대장점막내암'으로 진단확정 되었을 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, 제15조(특약의 성립 및 소멸) 제7항 제3호의 경우에는 이 특약은 소멸합니다.
- 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 제1항의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일('암'의 경우 최초계약의 '암보장개시일') 이후에 이미 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 경우(이미 보험료 납입을 면제한 질병의 중앙세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 전일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입면제 사유가 발생되더라도 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 최초 갱신되는 계약의 보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 최초계약의 경우 '암보장개시일'(단, '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'의 경우 보장개시일) 이후에 계약일로부터 '1년이 지난 계약해당일 전일'이전에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하였을 때에는 최초계약의 계약일로부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자에게 이 특약의 '암보장개시일'(단, '기타피부암', '갑상선암' 또는 '대장점막내암'의 경우 보장개시일) 이후에 계약일로부터 '1년이 지난 계약해당일 전일'이전에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일로부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
- ⑦ 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.

- 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.>

제9조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 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 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하고, 제8조(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.

제10조 【보험금 등의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 항암중입자방사선치료확인서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 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.
- ③ 제8조(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.

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 3영업

일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 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 지급일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 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 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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 - 6. 제8조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제7항 및 제8항에 따라 보험금 등 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 제14조(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]

- **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.

제12조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3 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 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 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 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 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

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 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 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 항암중입자방사선치료특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 항암중입자방사선치료특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제20조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑦ 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 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. 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘항암중입자방사선치료자금’의 지급사유가 발

생한 경우

4. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

⑧ 제7항 제4호 ‘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.

⑨ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제11조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제16조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다. 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 일반심사 보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)
3. 이 특약의 피보험자가 최초계약의 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 제3조(‘암’ 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우

【약관용어 설명】

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것

제17조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제15조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 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) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 암보장개시일로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다.

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 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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 제26조(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>

제20조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제15조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우에만 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, 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. 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. 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 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 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】

※ 아래 제2항은 제15조(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 제20조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일때에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제22조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제15조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 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.

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 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 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 관련 규정이 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 완료 또는 면제되었거나 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) 규

정에 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 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 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.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장 내용의 비교 안내만을 위한 상품(이하 “표준형”이라 합니다)의 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

- 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 제25조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제27조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기 타 사 항

제28조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

○ 1종(갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
항암중입자 방사선 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단이 확정되거나, ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암중입자방사선치료’를 받았을 때(최초 1회에 한함)	1,000만원 (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)에서 정의한 ‘암’으로 진단이 확정 되거나 ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’으로 진단확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 제15조(특약의 성립 및 소멸) 제7항 제3호의 경우에는 이 특약은 소멸합니다.
2. 1.에도 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 1.의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일(‘암’의 경우 최초계약의 ‘암보장개시일’) 이후에 이미 보험료 납입을 면제한 질병과 동일한 경우(이미 보험료 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말함)에 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
4. 3.에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 전일 이전에 진단 확정되어 보험료 납입면제 사유가 발생되더라도 보험료 납입면제사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일 부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우, 보험료 납입면제 사유 발생 이후 최초 갱신되는 계약의 보장개시일 부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.
5. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.
6. 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.
7. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.
8. 최초계약의 경우 ‘암보장개시일’(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경

우 보장개시일) 이후에 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제7조(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.

9. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2중(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
항암중입자 방사선 치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암보장개시일’ 이후에 ‘암’으로 진단이 확정되거나, ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’으로 진단확정 되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 ‘항암중입자방사선치료’를 받았을 때(최초 1회에 한함)	1,000만원 (다만, 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 확정 되거나 ‘보장개시일’ 이후에 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’으로 진단확정 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 단, 제15조(특약의 성립 및 소멸) 제7항 제3호의 경우에는 이 특약은 소멸합니다.
2. 이 특약에서 ‘암’이란 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’을 제외한 암을 의미합니다.
3. 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.
4. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘암보장개시일’ 전일 이전에 ‘암’으로 진단이 확정 되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다.
5. 피보험자에게 이 특약의 ‘암보장개시일’(단, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 또는 ‘대장점막내암’의 경우 보장개시일) 이후에 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
6. 항암중입자방사선치료특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
7. 항암중입자방사선치료특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 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 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)

제4항 및 제7항에서 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
(제11조 제2항 및 제26조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
항암중입자방사 선치료자금 (제7조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 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 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.

뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)

|갱신형,비갱신형,무배당_TW 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 제10조(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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’ 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)(무배당)_DW : 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’ 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

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

나. 매년 진단확정일 : 제3조(‘뇌혈관질환’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘뇌혈관질환’ 또는 제4조(‘허혈성심질환’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘허혈성심질환’에 대한 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일을 말합니다. 다만, 해당 년도의 ‘매년 진단확정일’이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 ‘매년 진단확정일’로 합니다.

다. 연간 : 제3조(‘뇌혈관질환’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘뇌혈관질환’ 또는 제4조(‘허혈성심질환’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘허혈성심질환’에 대한 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 ‘매년 진단확정일’ 전일까지의 기간을 말합니다.

라. 보험금 지급기간 : 제3조(‘뇌혈관질환’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘뇌혈관질환’ 또는 제4조(‘허혈성심질환’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘허혈성심질환’에 대한 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환의 주요치료’를 받은 경우, ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 ‘보험금 지급기간’으로 합니다.

[약관용어 설명]

- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 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.

제2관 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(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 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 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, Single Photon Emission Computed**

Tomography) : γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포 상태의 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 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 해당하

는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의3에 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 【‘허혈성심질환’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 '허혈성심질환'은 한국표준질병·사인분류 중 '허혈성심질환 분류표'([별표 3] 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '허혈성심질환'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, 혈액 중심장효소검사, 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, 골주사 검사 등)

제5조 【‘수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’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 의사의 관리 하에 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’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)

- 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), 복강경검사(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. 제29조제1항에 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 보건복지 부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제6조 【‘혈전용해치료’의 정의】

- ① ‘혈전용해치료’라 함은 의사(치과의사 및 한의사 제외)의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 ‘혈전용해제’를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 ‘뇌혈관’ 또는 ‘심혈관’ 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말한다.
- ② ‘제1항의 ‘혈전용해제’라 함은 ‘뇌혈관’ 또는 ‘심혈관’ 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

【약관용어 설명】

- **혈전** : 혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리
- **색전** : 혈관 및 림프관 안에 생긴 유리물이 관의 일부 또는 전부를 막은 상태 또는 그 원인물질(고체, 액체 또는 기체)

제7조 【‘종합병원이상 중환자실치료’의 정의】

- ① 이 특약에서 ‘종합병원이상’은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.
- ② ‘종합병원이상 중환자실치료’라 함은 의사에 의하여 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제1항에서 정한 ‘종합병원이상’의 ‘중환자실’(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)(이하 ‘중환자실’이라고 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 ‘중환자실’은 ‘「의료법 시행규칙」 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2.중환자실’에 부합하는 입원치료실을 말합니다.

[의료법 제3조의3]

제3조의3(종합병원)

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수 진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[의료법 제3조의4]

제3조의4(상급종합병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

[의료법 시행규칙 제34조]

의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 '별표4(의료기관의 시설규격)2.중환자실'의 시설규격은 다음과 같습니다.

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 심장충격기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과 하여서는 아니 된다.

- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

<항후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제8조 【‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’의 정의】

이 특약에서 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’라 함은 ‘뇌혈관질환 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘수술’의 정의와 장소)에서 정한 ‘수술’을 받은 경우
2. ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 목적으로 제6조(‘혈전용해치료’의 정의)에서 정한 ‘혈전용해치료’를 받은 경우
3. ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 목적으로 제7조(‘종합병원이상 중환자실치료’의 정의)에서 정한 ‘종합병원이상 중환자실치료’를 받은 경우

제9조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① 제7조(‘종합병원이상 중환자실치료’의 정의) 제1항 내지 제3항의 ‘종합병원’, ‘상급종합병원’의 지정기준 및 ‘중환자실’이 「의료법」 및 관련 법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 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 개정에 따라 ‘종합병원 이상’ 제도 및 ‘중환자실’ 제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 ‘종합병원 이상’ 제도가 변경되어 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 3. 법령의 개정에 따라 ‘중환자실’ 제도가 변경되어 제10조(보험금의 지급사유)의 보험

금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우

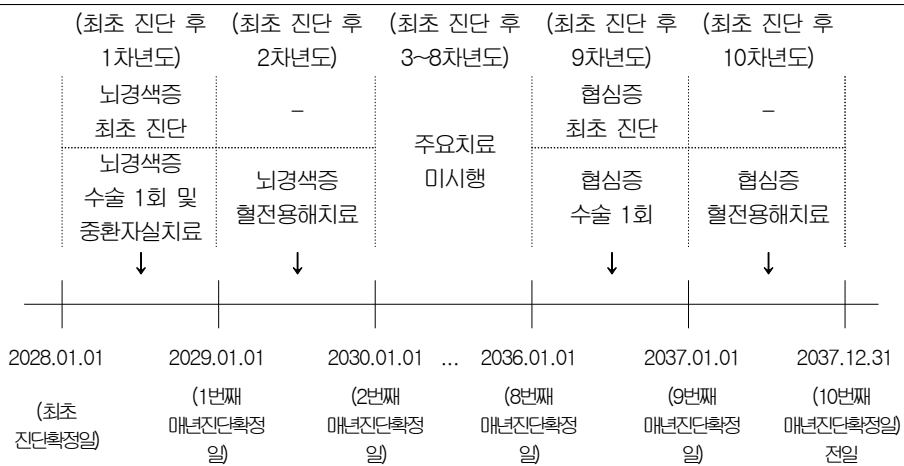
4. 제1호 내지 제3호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 변경내역 및 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약 내용 변경시점의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

제10조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제3조 및 제4조에서 정한 '뇌혈관질환' 또는 '허혈성심질환'으로 최초 진단확정되고, '보험금 지급기간' 이내에 '뇌혈관질환' 또는 '허혈성심질환'의 직접적인 치료를 목적으로 '뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료'('수술', '혈전용해치료', '중합병원이상 중환자실치료') 중 어느 하나의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 '뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금'([별표 1] '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 진단확정일로부터 '뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료'를 합하여 최대 10년간, 연간 1회한 지급 (최대 10회지급))

<‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금’ 지급예시>

- 해당 특약 가입일 : 2025년 08월 04일 (특약가입금액 1,000만원)
- 뇌경색증 최초 진단확정일 : 2028년 01월 01일
- 협심증 최초 진단확정일 : 2036년 10월 01일



(최초 진단 후 1차년도)	(최초 진단 후 2차년도)	(최초 진단 후 3~8차년도)	(최초 진단 후 9차년도)	(최초 진단 후 10차년도)
수술 1,000만원지급	혈전용해치료 1,000만원 지급	-	수술 1,000만원지급	혈전용해치료 1,000만원 지급
중환자실치료 지급× ※연간회한도 초과	-	-	-	-

※ 특정 연도에 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금’이 지급된 이후 다음
도래하는 매년 진단확정일 전일까지의 기간에 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환
주요치료’를 받더라도 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금’을 추가로
지급하지 않습니다. (연간 1회 한도 지급)

※ 2028년 01월 01일 뇌경색증 최초 진단 이후, 뇌경색증 이외의 ‘뇌혈관질환’ 또는
‘허혈성심질환’을 최초 진단받더라도 ‘보험금 지급기간’은 2028년 01월 01일부터
10년(지급기간 종료일 2037년 12월 31일)입니다.

제11조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제8항은 제18조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 제10조(보험금의 지급사유)의 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’는 제8조(‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’의 정의)에서 정한 진료행위를 말하며, 최초로 진단된 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’과 상이한 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 위한 주요치료도 포함됩니다.
- ② 제10조(보험금의 지급사유)에서 ‘보험금 지급기간’이라 함은 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환의 주요치료’를 받은 경우, ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 ‘보험금 지급기간’으로 합니다.
- ③ 제10조(보험금의 지급사유)에서 ‘연간’이라 함은 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 ‘매년 진단확정일’이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 ‘매년 진단확정일’이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 ‘매년 진단확정일’로 합니다.
- ④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정 되고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 보험수익자에게 약정한 보험금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 피보험자가 ‘보험금 지급기간’ 이내에 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환의 주요치료’를 연간 1회 이상 이용한 경우에도 이용횟수와 관계없이 연간 1회의 이용으로 간주하여 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금’을 연간 1회만 지급합니다.
- ⑥ 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑦ 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.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

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

- ⑩ 계약자와 회사가 제6항 내지 제7항의 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.

제12조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 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 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하고, 제11조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제6항 내지 제7항에서 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.

제13조 【보험금 등의 청구】

- ① 보험수익자는 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입, 혈전용해치료 일자 및 내용 기입), 수술확인서, 입·퇴원확인서(중환자실 입원기간 기입), 진료기록부(혈전용해치료 기록지 포함), 진료비세부내역서 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.

제14조 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제13조(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 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 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 4] ‘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 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 제13조(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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제11조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제9항 및 제10항에 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 제17조(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.

제15조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조 【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.>

제17조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제16조(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 알려 드립니다.

[약관용어 설명]

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

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제29조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제16조(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 제27조(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.

제4 관 특약의 성립과 유지

제18조 【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 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 계약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 계약의 보험기간이 끝난 후 제23조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑦ 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 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. 이 특약의 피보험자가 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’ 중 사망한 경우
4. 피보험자가 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정 되고, ‘보험금 지급기간’이 경과한 경우

- ⑧ 제7항 제3호의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’에 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.

- ⑨ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’ 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

- ⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제13조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제14조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제14조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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 결정을 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.>

제19조 【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 계약의 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 계약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형II)으로 가입시에 한함)

제20조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제18조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제21조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제22조 【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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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 변경전에 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>

- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제29조(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 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단이 확정된 이후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제23조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제18조(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, 제26조(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 제18조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우

3. 피보험자가 갱신 전 계약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정된 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 특약 보험가입금액은 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 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.

제24조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제18조(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 제23조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제25조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제18조(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.

제26조 【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 회사

는 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 제29조(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 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제27조 【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 제26조(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) 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제20조(회사의 보장개시)를 따름

니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제28조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제29조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회, 10년한도)(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정된 이후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제28조의2 【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 제29조(해약환급금) 제5항에 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.>

제29조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 해지율을 적용하지 않는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. 제1호에도 불구하고 뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)(무배당)_TW의 “해약환급금 미지급형”에 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정된 이후 ‘보험금 지급기간’ 이내에 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은 해지율을 적용하지 않고 계산되며 “표준형”의 해약환급금과 동일합니다.
3. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
4. 제1호 및 제2호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

5. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

- 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 제2항에도 불구하고 뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회, 10년한도)(갱신형, 비갱신형, 무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정 된 이후, 계약자가 ‘보험금 지급기간’ 이내에 해약환급금을 청구하는 경우 계약자는 진단확인서, 진료기록부 등을 제출해야 합니다. 다만, 청구일 전일 이전에 진단확인서, 진료기록부 등을 이미 제출한 경우에는 해당하지 않습니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ⑤ 제28조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제30조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기타사항

제31조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

○ 1종(갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정 되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’(‘수술’, ‘혈전용해치료’, ‘중환병원이상 중환자실치료’) 중 어느 하나의 치료를 받은 경우	1,000만원 (다만, 최초 진단확정일로부터 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’를 합하여 최대 10년간, 연간 1회한 지급 (최대 10회지급))

- 주) 1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2. ‘보험금 지급기간’이라 함은 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환의 주요치료’를 받은 경우, ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 ‘보험금 지급기간’으로 합니다.
3. ‘연간’이라 함은 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 ‘매년 진단확정일’이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 매년 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 ‘매년 진단확정일’로 합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정 되고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환주요치료자금’을 지급합니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’ 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’(‘수술’, ‘혈전용해치료’, ‘중합병원이상 중환자실치료’) 중 어느 하나의 치료를 받은 경우	1,000만원 (다만, 최초 진단확정일로부터 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’를 함하여 최대 10년간, 연간 1회한 지급 (최대 10회지급))

- 주) 1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2. ‘보험금 지급기간’이라 함은 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환의 주요치료’를 받은 경우, ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 ‘보험금 지급기간’으로 합니다.
3. ‘연간’이라 함은 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 ‘매년 진단확정일’이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 매년 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 ‘매년 진단확정일’로 합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정 되고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환주요치료자금’을 지급합니다.
5. 뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’ 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
6. 뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’ 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

뇌혈관질환 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘뇌혈관질환’은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 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
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69

- 주) 1. 제10차 개정이후 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 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

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 허혈성심질환	I24
6. 만성 허혈성장병	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 4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항 및 제29조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금’ (제10조)	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 (제29조 제2항)	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 제14조(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.

상급종합병원뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)

|갱신형,비갱신형,무배당_W 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 제11조(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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 상급종합병원뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’ 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 상급종합병원뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)(무배당)_DW : 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’ 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

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

나. 매년 진단확정일 : 제3조(‘뇌혈관질환’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘뇌혈관질환’ 또는 제4조(‘허혈성심질환’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘허혈성심질환’에 대한 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일을 말합니다. 다만, 해당 년도의 ‘매년 진단확정일’이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 ‘매년 진단확정일’로 합니다.

다. 연간 : 제3조(‘뇌혈관질환’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘뇌혈관질환’ 또는 제4조(‘허혈성심질환’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘허혈성심질환’에 대한 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 ‘매년 진단확정일’ 전일까지의 기간을 말합니다.

라. 보험금 지급기간 : 제3조(‘뇌혈관질환’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘뇌혈관질환’ 또는 제4조(‘허혈성심질환’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘허혈성심질환’에 대한 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환의 주요치료’를 받은 경우, ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 ‘보험금 지급기간’으로 합니다.

[약관용어 설명]

- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 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.

제2관 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 무증상 성 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 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 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, Single 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 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」 제11조의3에 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 【‘허혈성심질환’의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 '허혈성심질환'은 한국표준질병·사인분류 중 '허혈성심질환 분류표'([별표 3] 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② ‘허혈성심질환’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, 혈액 중심장효소검사, 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, 골주사 검사 등)

제5조 【‘수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’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 의사의 관리 하에 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’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)

- 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), 복강경검사(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. 제30조제1항에 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>

제6조 【‘혈전용해치료’의 정의】

- ① ‘혈전용해치료’라 함은 의사(치과의사 및 한의사 제외)의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 ‘혈전용해제’를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 ‘뇌혈관’ 또는 ‘심혈관’ 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② ‘제1항의 ‘혈전용해제’라 함은 ‘뇌혈관’ 또는 ‘심혈관’ 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

【약관용어 설명】

- **혈전** : 혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리
- **색전** : 혈관 및 림프관 안에 생긴 유리물이 관의 일부 또는 전부를 막은 상태 또는 그 원인물질(고체, 액체 또는 기체)

제7조 【‘상급종합병원 중환자실치료’의 정의】

- ① ‘상급종합병원 중환자실치료’라 함은 의사에 의하여 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 상급종합병원의 ‘중환자실’(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)(이하 ‘중환자실’이라고 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는

것을 말합니다.

- ② 제1항의 ‘중환자실’은 ‘「의료법 시행규칙」 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 별표4(의료기관의 시설규격) 2.중환자실’에 부합하는 입원치료실을 말합니다.

[의료법 시행규칙 제34조]

의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 ‘별표4(의료기관의 시설규격)2.중환자실’의 시설규격은 다음과 같습니다.

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 심장충격기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과 하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제8조 【‘상급종합병원’의 정의】

‘상급종합병원’이라 함은 「의료법」 제3조의 4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4】

제3조의4(상급종합병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제9조 【‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’의 정의】

- ① 이 특약에서 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’라 함은 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(‘수술’의 정의와 장소)에서 정한 ‘수술’을 받은 경우
 2. ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 목적으로 제6조(‘혈전용해치료’의 정의)에서 정한 ‘혈전용해치료’를 받은 경우
 3. ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 목적으로 제7조(‘상급종합병원 중환자실치료’의 정의)에서 정한 ‘상급종합병원 중환자실치료’를 받은 경우

제10조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① 제7조(‘상급종합병원 중환자실치료’의 정의) 제1항 및 제2항의 ‘중환자실’ 및 제8조(‘상급종합병원’의 정의)의 ‘상급종합병원’ 지정기준이 「의료법」 및 관련 법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 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 개정에 따라 ‘중환자실’ 제도 및 ‘상급종합병원’ 제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 ‘중환자실’ 제도가 변경되어 제11조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 3. 법령의 개정에 따라 ‘상급종합병원’ 제도가 변경되어 제11조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 4. 제1호 내지 제3호 이외의 법령의 개정에 따라 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) 또는 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 특

약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 계약 내용 변경시점의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

제11조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제3조 및 제4조에서 정한 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’(‘수술’, ‘혈전용해치료’, ‘상급종합병원 중환자실치료’) 중 어느 하나의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 ‘상급종합병원 뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 진단확정일로부터 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’를 합하여 최대 10년간, 연간 1회한 지급 (최대 10회지급))

<‘상급종합병원 뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금’ 지급예시>

- 해당 특약 가입일 : 2025년 08월 04일 (특약가입금액 1,000만원)
- 뇌경색증 최초 진단확정일 : 2028년 08월 01일
- 협심증 최초 진단확정일 : 2036년 10월 01일

(최초 진단 후 1차년도)	(최초 진단 후 2차년도)	(최초 진단 후 3~8차년도)	(최초 진단 후 9차년도)	(최초 진단 후 10차년도)
뇌경색증 최초 진단	-	주요치료 미시행	협심증 최초 진단	-
뇌경색증 수술 1회 및 중환자실치료	뇌경색증 혈전용해치료		협심증 수술 1회	협심증 혈전용해치료
↓	↓		↓	↓
2028.01.01	2029.01.01	2030.01.01 ... 2036.01.01	2037.01.01	2037.12.31
(최초 진단확정일)	(1번째 매년진단확정 일)	(2번째 매년진단확정 일)	(8번째 매년진단확정일)	(9번째 매년진단확정 일)
				(10번째 매년진단확정일) 전일

(최초 진단 후 1차년도)	(최초 진단 후 2차년도)	(최초 진단 후 3~8차년도)	(최초 진단 후 9차년도)	(최초 진단 후 10차년도)
수술 1,000만원지급	혈전용해치료 1,000만원 지급	-	수술 1,000만원지급	혈전용해치료 1,000만원 지급
중환자실치료 지급× ※연간1회한도 초과	-	-	-	-

※ 특정 연도에 ‘상급종합병원 뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금’이 지급된 이후 다음 도래하는 매년 진단확정일 전일까지의 기간에 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’를 받더라도 ‘상급종합병원 뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금’을 추가로 지급하지 않습니다. (연간 1회 한도 지급)

※ 2028년 01월 01일 뇌경색증 최초 진단 이후, 뇌경색증 이외의 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’을 최초 진단받더라도 ‘보험금 지급기간’은 2028년 01월 01일부터 10년(지급기간 종료일 2037년 12월 31일)입니다.

제12조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제8항은 제19조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- 제11조(보험금의 지급사유)의 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’는 제9조(‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’의 정의)에서 정한 진료행위를 말하며, 최초로 진단된 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’과 상이한 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 위한 주요치료도 포함됩니다.

- ② 제11조(보험금의 지급사유)에서 ‘보험금 지급기간’이라 함은 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환의 주요치료’를 받은 경우, ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 ‘보험금 지급기간’으로 합니다.
- ③ 제11조(보험금의 지급사유)에서 ‘연간’이라 함은 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 ‘매년 진단확정일’이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 ‘매년 진단확정일’이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 ‘매년 진단확정일’로 합니다.
- ④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제11조(보험금의 지급사유)에 따라 보험수익자에게 약정한 보험금([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 피보험자가 ‘보험금 지급기간’ 이내에 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 목적으로 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환의 주요치료’를 연간 1회 이상 이용한 경우에도 이용횟수와 관계없이 연간 1회의 이용으로 간주하여 ‘상급종합병원 뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금’을 연간 1회만 지급합니다.
- ⑥ 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ⑦ 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.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제11조(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 제6항 내지 제7항의 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.

제13조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 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 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하고, 제12조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제6항 내지 제7항에서 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.

제14조 【보험금 등의 청구】

① 보험수익자는 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입, 혈전용해치료 일자 및 내용 기입), 수술확인서, 입·퇴원확인서(중환자실 입원기간 기입), 진료기록부(혈전용해치료 기록지 포함), 진료비세부내역서 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.

제15조 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 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 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 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 제14조(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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제12조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제9항 및 제10항에 따라 보험금 등 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 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.

제16조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

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 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.>

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 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 알려 드립니다.

[약관용어 설명]

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

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제30조(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 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 제28조(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

제19조 【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 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 상급종합병원뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회, 10년한도)(갱신형, 비갱신형, 무배당)_TW
 2. 상급종합병원뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회, 10년한도)(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 계약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 계약의 보험기간이 끝난 후 제24조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑦ 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 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. 이 특약의 피보험자가 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’ 중 사망한 경우

4. 피보험자가 제11조(보험금의 지급사유)에 따라 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정 되고, ‘보험금 지급기간’이 경과한 경우
- ⑧ 제7항 제3호의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’에 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.
- ⑨ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’ 중 사망한 경우에는 ‘보험금 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제14조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제15조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제15조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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 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.>

제20조 【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 계약의 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 계약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형II)으로 가입시에 한함)

제21조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제19조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제22조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제23조 【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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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 변경전에 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>

- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제30조(해

약환금금) 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 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단이 확정된 이후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제24조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제19조(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, 제27조(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 제19조(특약의 성립 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
 - 3. 피보험자가 갱신 전 계약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정된 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 특약 보험가입금액은 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 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.

제25조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제19조(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 제24조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제26조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

※ 아래 제4항은 제19조(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.

제27조 【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 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 제30조(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 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제28조 【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 제27조(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) 제17조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제18조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제21조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제29조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제30조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 상급종합병원뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회, 10년한도)(무배당)_DW를 가

입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정된 이후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제29조의2 【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 제30조(해약환급금) 제5항에 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.>

제30조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 해지율을 적용하지 않는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 2. 제1호에도 불구하고 상급종합병원뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회, 10년한도)(무배당)_TW의 “해약환급금 미지급형”에 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정된 이후 ‘보험금 지급기간’ 이내에 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은 해지율을 적용하지 않고 계산되며 “표준형”의 해약환급금과 동일합니다.
 3. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
 4. 제1호 및 제2호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 5. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.
- 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 제2항에도 불구하고 상급종합병원뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회, 10년한도)(갱신형, 비갱신형, 무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관

질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정 된 이후, 계약자가 ‘보험금 지급기간’ 이내에 해약환급금을 청구하는 경우 계약자는 진단확인서, 진료기록부 등을 제출해야 합니다. 다만, 청구일 전일 이전에 진단확인서, 진료기록부 등을 이미 제출한 경우에는 해당하지 않습니다.

- ④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ⑤ 제29조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제31조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7 관 기타사항

제32조 【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
상급종합병원 뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정 되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’(‘수술’, ‘혈전용해치료’, ‘상급종합병원 중환자실치료’) 중 어느 하나의 치료를 받은 경우	1,000만원 (다만, 최초 진단확정일로부터 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료’를 합하여 최대 10년간, 연간 1회한 지급 (최대 10회지급))

- 주) 1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2. ‘보험금 지급기간’이라 함은 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환의 주요치료’를 받은 경우, ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 ‘보험금 지급기간’으로 합니다.
3. ‘연간’이라 함은 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 ‘매년 진단확정일’이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 매년 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 ‘매년 진단확정일’로 합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정 되고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 ‘상급종합병원 뇌혈관질환 또는 허혈성심질환주요치료자금’을 지급합니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’ 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 뇌혈관질환 또는 허혈성심질환 주요치료자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정되고, ‘보험금 지급기간’ 이내에 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’ 주요치료(‘수술’, ‘혈전용해치료’, ‘상급종합병원 중환자실치료’) 중 어느 하나의 치료를 받은 경우	1,000만원 (다만, 최초 진단확정일로부터 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환’ 주요치료를 함하여 최대 10년간, 연간 1회한 지급 (최대 10회지급))

1. 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 진단이 확정된 경우, 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
2. ‘보험금 지급기간’이라 함은 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환’의 주요치료를 받은 경우, ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 ‘보험금 지급기간’으로 합니다.
3. ‘연간’이라 함은 ‘뇌혈관질환 또는 허혈성심질환’의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 ‘매년 진단확정일’이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 매년 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 ‘매년 진단확정일’로 합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘허혈성심질환’으로 최초 진단확정 되고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 ‘상급종합병원 뇌혈관질환 또는 허혈성심질환주요치료자금’을 지급합니다.
5. 상급종합병원뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’ 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
6. 상급종합병원뇌혈관·허혈성심질환주요치료특약(연간1회,10년한도)(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 또는 ‘보험금 지급기간’ 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

뇌혈관질환 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘뇌혈관질환’은 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
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69

- 주) 1. 제10차 개정이후 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 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

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 허혈성심질환	I24
6. 만성 허혈성장병	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 4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제15조 제2항 및 제30조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
‘상급종합병원 뇌혈관질환 또는 허혈성 심질환 주요치료자금’ (제11조)	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 (제30조 제2항)	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 제15조(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.

고혈압(원발성)약물치료특약 | 갱신형,비갱신형,무배당_W 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 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.

나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.

다. 고혈압(원발성)약물치료특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.

라. 고혈압(원발성)약물치료특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 고혈압보장개시일

(1) 1종(갱신형)(기본형)

최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 185일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 고혈압보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 185일이 지난 날의 다음날로 합니다.

(2) 2종(비갱신형)(체증형)

계약일부터 그 날을 포함하여 185일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 고혈압보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 185일이 지난 날의 다음날로 합니다.

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

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘원발성 고혈압’ 및 ‘원발성 고혈압 약물치료’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 '원발성 고혈압'은 한국표준질병·사인분류 중 '원발성 고혈압 분류표'([별표 2] 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '원발성 고혈압'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 및 한의사에 의하여 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」 제11조의3에 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 한의

학을 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.>

- ③ ‘원발성 고혈압 약물치료’라 함은 의사가 피보험자의 ‘원발성 고혈압’의 직접적인 치료를 목적으로 제4항에서 정하는 의약품(이하 ‘고혈압 약물치료제’라 합니다)을 처방하여 치료하는 것(이하 ‘원발성 고혈압 약물치료’라 합니다)을 말합니다. 다만, ‘원발성 고혈압’이 동반되지 않고 기타질환의 증상관리나 합병증 예방을 목적으로 고혈압 약물치료제를 처방받은 경우에는 ‘원발성 고혈압 약물치료’에 포함하지 않습니다. 또한 고혈압 약물치료제 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 의약품등 분류번호에 따라 판단합니다.
- ④ 제3항에서 ‘고혈압 약물치료제’라 함은 ‘원발성 고혈압’의 직접적인 치료를 목적으로 하는 약물로 식품의약품안전처에서 지정한 ‘의약품등분류번호’ 214(혈압강하제)에 해당하는 의약품을 말합니다.

[고혈압 약물치료제]

식품의약품안전처에서 지정한 ‘의약품등분류번호’ 214(혈압강하제)에 해당하는 고혈압 약물치료제는 약학정보원(www.health.kr)의 의약품상세검색에서 약물정보를 검색하시면 확인하실 수 있습니다.

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘고혈압보장개시일’ 이후에 ‘원발성 고혈압’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 180일 이상의 기간 동안 ‘원발성 고혈압 약물치료’를 받은 경우, 보험수익자에게 약정한 ‘고혈압(원발성)약물치료자금’([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)(기본형)에 적용되고, 제4항은 2종(비갱신형)(체증형)에 적용되며 나머지 각 항은 1

종(갱신형)(기본형) 및 2종(비갱신형)(체증형)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 1종(갱신형)(기본형) 최초계약의 경우 계약일부터 1년이 경과한 날 전일 이전에는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생하지 않으므로 ‘고혈압(원발성)약물치료자금’을 지급하지 않습니다.
- ④ 2종(비갱신형)(체증형)의 경우 계약일부터 1년이 경과한 날 전일 이전에는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생하지 않으므로 ‘고혈압(원발성)약물치료자금’을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 갱신계약의 경우 피보험자가 갱신 전 계약의 보험기간 중 ‘고혈압보장개시일’ 이후에 제3조(‘원발성 고혈압’ 및 ‘원발성 고혈압 약물치료’의 정의 및 진단 확정)에서 정한 ‘원발성 고혈압’으로 진단확정되고 갱신계약의 보험기간 중 그 원발성 고혈압의 직접적인 치료를 목적으로 받은 원발성 고혈압 약물치료 일수의 합이 누적하여 180일 이상이 된 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유를 충족한 것으로 보고 ‘고혈압(원발성)약물치료자금’을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 보험기간 중 ‘고혈압보장개시일’ 이후에 제3조(‘원발성 고혈압’ 및 ‘원발성 고혈압 약물치료’의 정의 및 진단 확정)에서 정한 ‘원발성 고혈압’으로 진단확정되고 보험기간 중 그 원발성 고혈압의 직접적인 치료를 목적으로 받은 원발성 고혈압 약물치료 일수에 대한 요건을 일부만 충족한 상태로 보험기간이 종료되더라도 이후에 그 원발성 고혈압의 직접적인 치료를 목적으로 받은 원발성 고혈압 약물치료 일수의 합이 누적하여 180일 이상이 된 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유를 충족한 것으로 보고 ‘고혈압(원발성)약물치료자금’을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘고혈압보장개시일’ 이후에 사망하고 그 후에 ‘원발성 고혈압’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘고혈압(원발성)약물치료자금’을 지급합니다.
- ⑧ 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 제1호의 피보험자가 제7항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제6항 제3호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제8항에 의한 계약자적립액을 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제7항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계

약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

- ⑨ 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

【 약 관 용 어 설 명 】

- **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, 약물처방기록지(약물처방전), 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(검사 기록지 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 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 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 지급에 관한 세부규정) 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 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.

[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 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 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(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 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용 합니다>

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.

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

- 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.]

제4관 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)(체증형)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신형)(기본형)
 2. 2종(비갱신형)(체증형)
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 고혈압(원발성)약물치료특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 고혈압(원발성)약물치료특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)(기본형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑥ 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. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘고혈압(원발성)약물치료자금’의 지급사유가 발생한 경우
 4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우
- ⑦ 제6항 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.
- ⑧ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제13조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료

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 계약의 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 ‘고혈압보장개시일’의 전일 이전에 제3조(‘원발성 고혈압’ 및 ‘원발성 고혈압 약물치료’의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘원발성고혈압’으로 진단이 확정되는 경우

[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)(기본형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형)(기본형) 및 2종(비갱신형)(체증형)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(‘원발성 고혈압’ 및 ‘원발성 고혈압 약물치료’의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘원발성 고혈압’에 대한 보장개시일은 ‘고혈압보장개시일’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. 다만, 1종(갱신형)(기본형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형)(체증형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간

의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.

- 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.

[약관용어 설명]

- **보험수익자 변경 관련 설명** : 보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경전에 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 안내한 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)(기본형)을 선택했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 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 산출기 초율(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)(기본형)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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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)(기본형)에 한하여 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 범위 내에서 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 회사

는 14일 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 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 관련 규정이 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 제3항에 따라 계약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약을 청약할 때(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 의

무 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 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.

[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.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장 내용의 비교 안내만을 위한 상품(이하 “표준형”이라 합니다)의 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
 3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.
- 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 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 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(갱신형)(기본형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
고혈압(원발성) 약물치료 자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘고혈압보장개시일’ 이후에 ‘원발성 고혈압’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 180일 이상의 기간동안 ‘원발성 고혈압 약물치료’를 받은 경우 (최초 1회한)	100만원

- 주) 1. ‘고혈압보장개시일’은 최초계약의 경우 계약일부터 그날을 포함하여 185일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 ‘고혈압보장개시일’은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 185일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 최초계약의 경우 계약일부터 1년이 경과한 날 전일 이전에는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생하지 않으므로 ‘고혈압(원발성)약물치료자금’을 지급하지 않습니다.
3. 갱신계약의 경우 피보험자가 갱신 전 계약의 보험기간 중 ‘고혈압보장개시일’ 이후에 제3조(원발성 고혈압) 및 ‘원발성 고혈압 약물치료’의 정의 및 진단 확정)에서 정한 ‘원발성 고혈압’으로 진단확정되고 갱신계약의 보험기간 중 그 원발성 고혈압의 직접적인 치료를 목적으로 받은 원발성 고혈압 약물치료 일수의 합이 누적하여 180일 이상이 된 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유를 충족한 것으로 보고 ‘고혈압(원발성)약물치료자금’을 지급합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 ‘고혈압보장개시일’ 이후에 제3조(원발성 고혈압) 및 ‘원발성 고혈압 약물치료’의 정의 및 진단 확정)에서 정한 ‘원발성 고혈압’으로 진단확정되고 보험기간 중 그 원발성 고혈압의 직접적인 치료를 목적으로 받은 원발성 고혈압 약물치료 일수에 대한 요건을 일부만 충족한 상태로 보험기간이 종료되더라도 이후에 그 원발성 고혈압의 직접적인 치료를 목적으로 받은 원발성 고혈압 약물치료 일수의 합이 누적하여 180일 이상이 된 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유를 충족한 것으로 보고 ‘고혈압(원발성)약물치료자금’을 지급합니다.
5. 피보험자가 계약일부터 ‘고혈압보장개시일’의 전일 이전에 제3조(‘원발성 고혈압’ 및 ‘원발성 고혈압 약물치료’의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘원발성 고혈압’으로 진단이 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)(체증형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
고혈압(원발성) 약물치료 자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘고혈압보장개시일’ 이후에 ‘원발성 고혈압’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 180일이상의 기간동안 ‘원발성 고혈압 약물치료’를 받은 경우 (최초 1회한)	100만원+ 계약일부터 매년 5만원씩 체증한 금액 (다만, 200만원을 최대 한도로 함)

- 주) 1. ‘고혈압보장개시일’은 계약일부터 그 날을 포함하여 185일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 고혈압보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 185일이 지난 날의 다음날로 합니다.
2. 계약일부터 1년이 경과한 날 전일 이전에는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생하지 않으므로 ‘고혈압(원발성)약물치료자금’을 지급하지 않습니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 ‘고혈압보장개시일’ 이후에 제3조(원발성 고혈압) 및 ‘원발성 고혈압 약물치료’의 정의 및 진단 확정)에서 정한 ‘원발성 고혈압’으로 진단확정되고 보험기간 중 그 원발성 고혈압의 직접적인 치료를 목적으로 받은 원발성 고혈압 약물치료 일수에 대한 요건을 일부만 충족한 상태로 보험기간이 종료되더라도 이후에 그 원발성 고혈압의 직접적인 치료를 목적으로 받은 원발성 고혈압 약물치료 일수의 합이 누적하여 180일 이상이 된 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유를 충족한 것으로 보고 ‘고혈압(원발성)약물치료자금’을 지급합니다.
4. 피보험자가 계약일부터 ‘고혈압보장개시일’의 전일 이전에 제3조(‘원발성 고혈압’ 및 ‘원발성 고혈압 약물치료’의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘원발성 고혈압’으로 진단이 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
5. 고혈압(원발성)약물치료특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
6. 고혈압(원발성)약물치료특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

※ 경과기간별 고혈압(원발성)약물치료자금 예시표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

가입 후 경과기간	고혈압(원발성) 약물치료 자금	가입 후 경과기간	고혈압(원발성) 약물치료 자금
가입시점 ~ 1년미만	-	10년이상 ~ 11년미만	155만원
1년이상 ~ 2년미만	110만원	11년이상 ~ 12년미만	160만원
2년이상 ~ 3년미만	115만원	12년이상 ~ 13년미만	165만원
3년이상 ~ 4년미만	120만원	13년이상 ~ 14년미만	170만원
4년이상 ~ 5년미만	125만원	14년이상 ~ 15년미만	175만원
5년이상 ~ 6년미만	130만원	15년이상 ~ 16년미만	180만원
6년이상 ~ 7년미만	135만원	16년이상 ~ 17년미만	185만원
7년이상 ~ 8년미만	140만원	17년이상 ~ 18년미만	190만원
8년이상 ~ 9년미만	145만원	18년이상 ~ 19년미만	195만원
9년이상 ~ 10년미만	150만원	19년이상 ~	200만원

[별표 2]

원발성 고혈압 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘원발성 고혈압’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 ‘원발성 고혈압’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
본태성(원발성) 고혈압	I10

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘원발성 고혈압’ 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
고혈압(원발성) 약물치료자금 (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 초과 기간 : 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 이유만으로 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.

당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당_W 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 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 이율(갱

신계약의 경우 갱신시점의 이율)을 말합니다.

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 당뇨병 보장개시일

(1) 1종(갱신형)(기본형)

최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 당뇨병 보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

(2) 2종(비갱신형)(체증형)

계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 당뇨병 보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

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

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘당뇨병(당화혈색소6.5%이상)’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘당뇨병(당화혈색소6.5%이상)’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘당뇨병 분류표’에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 기준 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
- ② 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 「국제당화혈색소 측정 표준화 프로그램(NGSP: National Glycohemoglobin Standardization Program)」에 의해 인증되고 「당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(DCCT: Diabetes Control and Complications Trial)」에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.
- ③ ‘당뇨병(당화혈색소6.5%이상)’의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당 분야의 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다.

- ④ 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 ‘당뇨병(당화혈색소6.5%이상)’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **당화혈색소(HbA1c) :** 당화혈색소(HbA1c)란 체내에서 산소를 운반하는 헤모글로빈(혈색소)이 혈액 내에 있는 포도당과 결합하여 당화된 상태를 말하며, 지난 2~3개월 동안의 평균 혈당 수준을 반영합니다.
당화혈색소는 당뇨병의 진단에 이용이 되며, 치료시 혈당의 조절 정도를 반영하고, 당뇨병으로 인한 합병증 발생 위험을 예측하는 주요한 지표로서 당뇨병 환자들에게는 정기적으로 측정하도록 권고되고 있습니다.

[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」 제58조제1항 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」 제11조의3에 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 당뇨병 보장개시일 이후에 ‘당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)’으로 최초 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 ‘당뇨진단자금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)(기본형)에 적용

되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형)(기본형) 및 2종(비갱신형)(체증형)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 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 '당뇨병(당화혈색소6.5%이상)'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 '당뇨진단자금'을 지급합니다.
- ④ 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 제1호의 피보험자가 제3항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제6항 제3호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제8항에 의한 계약자적립액을 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제3항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.
- ⑤ 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), 당화혈색소(HbA1c) 수치를 포함한 검사결과지, 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.

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 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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제5조(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 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.

제9조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 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(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 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용 합니다>

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(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]

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

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)(체증형)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신형)(기본형)
 2. 2종(비갱신형)(체증형)
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)(기본형)을 선택하여 이 계약을 체결하는 경우에는 '최초계약'이라 하며, 이후 이 계약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 '갱신계약'이라 합니다.
- ⑥ 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 피보험자가 사망한 경우
 3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘당뇨진단자금’의 지급사유가 발생한 경우
 4. 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.
- ⑦ 제6항 제2호 ‘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.
- ⑧ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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 결정

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>

[약관용어 설명]

- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 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.

제13조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다. 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. 이 특약의 피보험자가 최초계약의 계약일부터 '당뇨병 보장개시일' 전일 이전에 제3조 ('당뇨병(당화혈색소6.5%이상)'의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 '당뇨병(당화혈색소6.5%이상)'으로 진단이 확정되어 있는 경우

[약관용어 설명]

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것

제14조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)(기본형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형)(기본형) 및 2종(비갱신형)(체증형)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(‘당뇨병(당화혈색소6.5%이상)’의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘당뇨병(당화혈색소6.5%이상)’에 대한 보장개시일은 ‘당뇨병 보장개시일’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. 다만, 1종(갱신형)(기본형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형)(체증형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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 변경전에 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>

- 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.

제17조 【특약의 갱신】

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

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 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 특약의 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 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, 계약채결비용, 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)(기본형)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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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)(기본형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형)(기본형) 및 2종(비갱신형)(채증형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 범위 내에서 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 관련 규정이 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 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 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 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(갱신형)(기본형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
당뇨진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 당뇨병 보장개시일 이후에 ‘당뇨병(당화혈색소6.5%이상)’으로 최초 진단 확정 되었을 때(최초 1회에 한함)	100만원

- 주) 1. 이 특약에서 ‘당뇨병(당화혈색소6.5%이상)’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘당뇨병 분류표’에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 기준 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
2. 이 특약에서 ‘당뇨병 보장개시일’이란 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 1년 이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 당뇨병 보장개시일은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 1년 지난 날의 다음날로 합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 ‘당뇨병 보장개시일’ 전일 이전에 ‘당뇨병(당화혈색소6.5%이상)’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)(체증형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
당뇨진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 당뇨병 보장개시일 이후에 ‘당뇨병(당화혈색소6.5%이상)’으로 최초 진단 확정 되었을 때(최초 1회에 한함)	100만원+계약일부터 매년 5만원씩 체증한 금액 (다만, 200만원을 최대 한도로 함)

- 주) 1. 이 특약에서 ‘당뇨병(당화혈색소6.5%이상)’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘당뇨병 분류표’에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 기준 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
2. 이 특약에서 ‘당뇨병 보장개시일’이란 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 당뇨병 보장개시일은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 1년 지난 날의 다음날로 합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 ‘당뇨병 보장개시일’ 전일 이전에 ‘당뇨병(당화혈색소6.5%이상)’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
4. 당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
5. 당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

※ 경과기간별 당뇨진단자금 예시표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

가입 후 경과기간	당뇨진단자금	가입 후 경과기간	당뇨진단자금
가입시점 ~ 1년미만	-	10년이상 ~ 11년미만	155만원
1년이상 ~ 2년미만	110만원	11년이상 ~ 12년미만	160만원
2년이상 ~ 3년미만	115만원	12년이상 ~ 13년미만	165만원
3년이상 ~ 4년미만	120만원	13년이상 ~ 14년미만	170만원
4년이상 ~ 5년미만	125만원	14년이상 ~ 15년미만	175만원
5년이상 ~ 6년미만	130만원	15년이상 ~ 16년미만	180만원
6년이상 ~ 7년미만	135만원	16년이상 ~ 17년미만	185만원
7년이상 ~ 8년미만	140만원	17년이상 ~ 18년미만	190만원
8년이상 ~ 9년미만	145만원	18년이상 ~ 19년미만	195만원
9년이상 ~ 10년미만	150만원	19년이상 ~	200만원

[별표 2]

당뇨병 분류표

① 이 약관에 규정하는 ‘당뇨병’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 ‘당뇨병’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1형 당뇨병	E10
2형 당뇨병	E11
영양실조-관련 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14

- 주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘당뇨병’ 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
당노진단자금 (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 초과 기간 : 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 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.

당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 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 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.

나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.

다. 당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.

라. 당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 당뇨병 보장개시일

(1) 1종(갱신형)(기본형)

최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 당뇨병 보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

(2) 2종(비갱신형)(체증형)

계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 당뇨병 보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

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

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘당뇨병(당화혈색소7.5%이상)’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘당뇨병(당화혈색소7.5%이상)’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘당뇨병 분류표’에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 기준 7.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
- ② 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 「국제당화혈색소 측정 표준화 프로그램(NGSP : National Glycohemoglobin Standardization Program)」에 의해 인증되고 「당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(DCCT : Diabetes Control and Complications Trial)」에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.
- ③ ‘당뇨병(당화혈색소7.5%이상)’의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사치과 의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당 분야의 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다.
- ④ 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험

자가 '당뇨병(당화혈색소7.5%이상)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **당화혈색소(HbA1c)** : 당화혈색소(HbA1c)란 체내에서 산소를 운반하는 헤모글로빈(혈색소)이 혈액 내에 있는 포도당과 결합하여 당화된 상태를 말하며, 지난 2~3개월 동안의 평균 혈당 수준을 반영합니다.
당화혈색소는 당뇨병의 진단에 이용이 되며, 치료시 혈당의 조절 정도를 반영하고, 당뇨병으로 인한 합병증 발생 위험을 예측하는 주요한 지표로서 당뇨병 환자들에게는 정기적으로 측정하도록 권고되고 있습니다.

[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」 제58조제1항 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」 제11조의3에 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 당뇨병 보장개시일 이후에 ‘당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)’으로 최초 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 ‘당뇨진단자금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)(기본형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형)(기본형) 및 2종(비갱신형)(체증형)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 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 ‘당뇨병(당화혈색소7.5%이상)’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘당뇨진단자금’을 지급합니다.
- ④ 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 제1호의 피보험자가 제3항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제6항 제3호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제8항에 의한 계약자적립액을 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제3항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.
- ⑤ 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), 당화혈색소(HbA1c) 수치를 포함한 검사결과지, 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.

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 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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제5조(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 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.

제9조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 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(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 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용 합니다>

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 부

활(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 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

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 갱신허일 경우에는 2종(비갱신허)(체증형)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신허)(기본형)
 2. 2종(비갱신허)(체증형)
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약(갱신허,비갱신허,무배당)_TW
 2. 당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신허)(기본형)을 선택하여 이 계약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 계약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신허된 경우에는 ‘갱신허계약’이라 합니다.
- ⑥ 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 피보험자가 사망한 경우
3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘당뇨진단자금’의 지급사유가 발생한 경우
4. 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.

- ⑦ 제6항 제2호 ‘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.

- ⑧ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

- ⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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 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 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다. 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. 이 특약의 피보험자가 최초계약의 계약일부터 ‘당뇨병 보장개시일’ 전일 이전에 제3조(‘당뇨병(당화혈색소7.5%이상)’의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘당뇨병(당화혈색소7.5%이상)’으로 진단이 확정되어 있는 경우

【 약관용어 설명 】

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것

제14조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)(기본형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형)(기본형) 및 2종(비갱신형)(체증형)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(‘당뇨병(당화혈색소7.5%이상)’의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘당뇨병(당화혈색소7.5%이상)’에 대한 보장개시일은 ‘당뇨병 보장개시일’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 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 1종(갱신형)(기본형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형)(체증형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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 변경전에 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>

- 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.

제17조 【특약의 갱신】

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

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 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 특약의 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 따

라 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 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 제 129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제18조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)(기본형)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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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)(기본형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형)(기본형) 및 2종(비갱신형)(체증형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 범위 내에서 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 관련 규정이 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 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.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보

험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

- 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 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7관 기타사항

제25조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

○ 1종(갱신형)(기본형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
당뇨진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 당뇨병 보장개시일 이후에 ‘당뇨병(당화혈색소7.5%이상)’으로 최초 진단 확정 되었을 때(최초 1회에 한함)	100만원

- 주) 1. 이 특약에서 ‘당뇨병(당화혈색소7.5%이상)’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘당뇨병 분류표’에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 기준 7.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
2. 이 특약에서 ‘당뇨병 보장개시일’이란 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 1년 이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 당뇨병 보장개시일은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 1년 지난 날의 다음날로 합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 ‘당뇨병 보장개시일’ 전일 이전에 ‘당뇨병(당화혈색소7.5%이상)’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)(체증형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
당뇨진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 당뇨병 보장개시일 이후에 ‘당뇨병(당화혈색소7.5%이상)’으로 최초 진단 확정 되었을 때(최초 1회에 한함)	100만원+계약일부터 매년 5만원씩 체증한 금액 (다만, 200만원을 최대 한도로 함)

- 주) 1. 이 특약에서 ‘당뇨병(당화혈색소7.5%이상)’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘당뇨병 분류표’에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 기준 7.5% 이상을

만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.

2. 이 특약에서 ‘당뇨병 보장개시일’이란 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 당뇨병 보장개시일은 부활(효력회복)을 정약한 날부터 그 날을 포함하여 1년 지난 날의 다음날로 합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 ‘당뇨병 보장개시일’ 전일 이전에 ‘당뇨병(당화혈색소7.5%이상)’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
4. 당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
5. 당뇨병(당화혈색소7.5%이상)진단특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

※ 경과기간별 당뇨진단자금 예시표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

가입 후 경과기간	당뇨진단자금	가입 후 경과기간	당뇨진단자금
가입시점 ~ 1년미만	-	10년이상 ~ 11년미만	155만원
1년이상 ~ 2년미만	110만원	11년이상 ~ 12년미만	160만원
2년이상 ~ 3년미만	115만원	12년이상 ~ 13년미만	165만원
3년이상 ~ 4년미만	120만원	13년이상 ~ 14년미만	170만원
4년이상 ~ 5년미만	125만원	14년이상 ~ 15년미만	175만원
5년이상 ~ 6년미만	130만원	15년이상 ~ 16년미만	180만원
6년이상 ~ 7년미만	135만원	16년이상 ~ 17년미만	185만원
7년이상 ~ 8년미만	140만원	17년이상 ~ 18년미만	190만원
8년이상 ~ 9년미만	145만원	18년이상 ~ 19년미만	195만원
9년이상 ~ 10년미만	150만원	19년이상 ~	200만원

[별표 2]

당뇨병 분류표

① 이 약관에 규정하는 ‘당뇨병’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 ‘당뇨병’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1형 당뇨병	E10
2형 당뇨병	E11
영양실조-관련 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘당뇨병’ 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
당뇨진단자금 (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 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.

당뇨병(당화혈색소9.0%이상)진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 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 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. 계약관계 관련 용어

가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.

나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.

다. 당뇨병(당화혈색소9.0%이상)진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.

라. 당뇨병(당화혈색소9.0%이상)진단특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 당뇨병 보장개시일

(1) 1종(갱신형)(기본형)

최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 당뇨병 보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

(2) 2종(비갱신형)(체증형)

계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 당뇨병 보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

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

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘당뇨병(당화혈색소9.0%이상)’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘당뇨병(당화혈색소9.0%이상)’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] ‘당뇨병 분류표’에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 기준 9.0% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
- ② 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 「국제당화혈색소 측정 표준화 프로그램(NGSP: National Glycohemoglobin Standardization Program)」에 의해 인증되고 「당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(DCCT: Diabetes Control and Complications Trial)」에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.
- ③ ‘당뇨병(당화혈색소9.0%이상)’의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당 분야의 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다.
- ④ 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 ‘당뇨병(당화혈색소9.0%이상)’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한

문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **당화혈색소(HbA1c)** : 당화혈색소(HbA1c)란 체내에서 산소를 운반하는 헤모글로빈(혈색소)이 혈액 내에 있는 포도당과 결합하여 당화된 상태를 말하며, 지난 2~3개월 동안의 평균 혈당 수준을 반영합니다.
당화혈색소는 당뇨병의 진단에 이용이 되며, 치료시 혈당의 조절 정도를 반영하고, 당뇨병으로 인한 합병증 발생 위험을 예측하는 주요한 지표로서 당뇨병 환자들에게는 정기적으로 측정하도록 권고되고 있습니다.

[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」 제58조제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 중합병원
- 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」 제11조의3에 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 당뇨병 보장개시일 이후에 ‘당뇨병(당화혈색소 9.0%이상)’으로 최초 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 ‘당뇨진단자금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)(기본형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형)(기본형) 및 2종(비갱신형)(체증형)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 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 '당뇨병(당화혈색소9.0%이상)'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 '당뇨진단자금'을 지급합니다.
- ④ 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 제1호의 피보험자가 제3항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제6항 제3호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제8항에 의한 계약자적립액을 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제3항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.
- ⑤ 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), 당화혈색소(HbA1c) 수치를 포함한 검사결과지, 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.

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 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 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) 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 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.

제9조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 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(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 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용 합니다>

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.

[약관용어 설명]

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

- 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 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않은 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

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)(체증형)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신형)(기본형)
 2. 2종(비갱신형)(체증형)
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 당뇨병(당화혈색소9.0%이상)진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 당뇨병(당화혈색소9.0%이상)진단특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)(기본형)을 선택하여 이 계약을 체결하는 경우에는 '최초계약'이라 하며, 이후 이 계약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 '갱신계약'이라 합니다.
- ⑥ 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 피보험자가 사망한 경우

3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘당뇨진단자금’의 지급사유가 발생한 경우
4. 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.
- ⑦ 제6항 제2호 ‘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.
- ⑧ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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 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 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다. 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. 이 특약의 피보험자가 최초계약의 계약일부터 ‘당뇨병 보장개시일’ 전일 이전에 제3조(‘당뇨병(당화혈색소9.0%이상)’의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘당뇨병(당화혈색소9.0%이상)’으로 진단이 확정되어 있는 경우

【 약관용어 설명 】

- 무효 : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것

제14조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)(기본형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형)(기본형) 및 2종(비갱신형)(체증형)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(‘당뇨병(당화혈색소9.0%이상)’의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 ‘당뇨병(당화혈색소9.0%이상)’에 대한 보장개시일은 ‘당뇨병 보장개시일’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. 다만, 1종(갱신형)(기본형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형)(체증형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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 변경전에 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>

- 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.

제17조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)(기본형)을 선택

했을 경우만 적용되는 내용입니다.

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 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 특약의 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 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, 계약채결비용, 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)(기본형)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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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)(기본형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형)(기본형) 및 2종(비갱신형)(체증형)에 공통으로 적용

됩니다.

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 범위 내에서 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 전자

문서가 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 관련 규정이 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 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 법위반사실이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사실을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 ‘회사가 이 법을 위반한 사실을 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.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
 3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.
- 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 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 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(갱신형)(기본형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
당뇨진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 당뇨병 보장개시일 이후에 '당뇨병(당화혈색소9.0%이상)'으로 최초 진단 확정 되었을 때(최초 1회에 한함)	100만원

- 주) 1. 이 특약에서 '당뇨병(당화혈색소9.0%이상)'은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] '당뇨병 분류표'에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 기준 9.0% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
2. 이 특약에서 '당뇨병 보장개시일'이란 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 1년 이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 당뇨병 보장개시일은 부활(효력회복)을 청약한 날부터 그 날을 포함하여 1년 지난 날의 다음날로 합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 '당뇨병 보장개시일' 전일 이전에 '당뇨병(당화혈색소9.0%이상)'으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)(체증형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
당뇨진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 당뇨병 보장개시일 이후에 '당뇨병(당화혈색소9.0%이상)'으로 최초 진단 확정 되었을 때(최초 1회에 한함)	100만원+계약일부 매년 5만원씩 체증한 금액 (다만, 200만원을 최대 한도로 함)

- 주) 1. 이 특약에서 '당뇨병(당화혈색소9.0%이상)'은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 2] '당뇨병 분류표'에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 기준 9.0% 이상을

만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.

2. 이 특약에서 ‘당뇨병 보장개시일’이란 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 당뇨병 보장개시일은 부활(효력회복)을 정약한 날부터 그 날을 포함하여 1년 지난 날의 다음날로 합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 ‘당뇨병 보장개시일’ 전일 이전에 ‘당뇨병(당화혈색소9.0%이상)’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
4. 당뇨병(당화혈색소9.0%이상)진단특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
5. 당뇨병(당화혈색소9.0%이상)진단특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

※ 경과기간별 당뇨진단자금 예시표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

가입 후 경과기간	당뇨진단자금	가입 후 경과기간	당뇨진단자금
가입시점 ~ 1년미만	-	10년이상 ~ 11년미만	155만원
1년이상 ~ 2년미만	110만원	11년이상 ~ 12년미만	160만원
2년이상 ~ 3년미만	115만원	12년이상 ~ 13년미만	165만원
3년이상 ~ 4년미만	120만원	13년이상 ~ 14년미만	170만원
4년이상 ~ 5년미만	125만원	14년이상 ~ 15년미만	175만원
5년이상 ~ 6년미만	130만원	15년이상 ~ 16년미만	180만원
6년이상 ~ 7년미만	135만원	16년이상 ~ 17년미만	185만원
7년이상 ~ 8년미만	140만원	17년이상 ~ 18년미만	190만원
8년이상 ~ 9년미만	145만원	18년이상 ~ 19년미만	195만원
9년이상 ~ 10년미만	150만원	19년이상 ~	200만원

[별표 2]

당뇨병 분류표

- ① 이 약관에 규정하는 ‘당뇨병’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 ‘당뇨병’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1형 당뇨병	E10
2형 당뇨병	E11
영양실조-관련 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14

- 주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘당뇨병’ 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
당노진단자금 (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 초과 기간 : 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 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.

대상포진진단특약 | 갱신형,비갱신형,무배당|_W 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 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 대상포진진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 대상포진진단특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

[약관용어 설명]

- **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.

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

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 대상포진 보장개시일

(1) 1종(갱신형)

최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 10일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 대상포진 보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 10일이 지난 날의 다음날로 합니다.

(2) 2종(비갱신형)

계약일부터 그 날을 포함하여 10일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 대상포진 보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 10일이 지난 날의 다음날로 합니다.

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

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘대상포진’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 '대상포진'은 한국표준질병·사인분류 중 '[별표2] 대상포진 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.

- ② ‘대상포진’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(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 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」 제11조의3에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의

학을 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 ‘대상포진 보장개시일’ 이후에 ‘대상포진’으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 대상포진진단자금([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 피보험자에게 이 특약의 ‘대상포진 보장개시일’ 이후 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지

난 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 피보험자에게 이 특약의 ‘대상포진 보장개시일’ 이후 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 중 ‘대상포진 보장개시일’ 이후에 사망하고 그 후에 ‘대상포진’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘대상포진진단자금’을 지급합니다. 다만, ‘대상포진 보장개시일’ 전일 이전에 ‘대상포진’으로 진단이 확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 제1호의 피보험자가 제5항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제7항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제9항에 의한 계약자적립액을 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제5항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액을 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 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) 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)에 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 [별표3] ‘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 제3항에 대한 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 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(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 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 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 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 대상포진진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 대상포진진단특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「일반가입형」 인 경우, 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」 인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 '최초계

약'이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 '갱신계약'이라 합니다.

⑦ 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

4. 제4조(보험금의 지급사유)의 '대상포진 진단자금'의 지급사유가 발생한 경우

⑧ 제7항 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.

⑨ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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 이 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 계약으로 봅니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 원하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)
3. 피보험자가 계약일부터 ‘대상포진 보장개시일’ 전일 이전에 제3조(‘대상포진’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘대상포진’으로 진단이 확정되는 경우

[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, 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(‘대상포진’의 정의 및 진단 확정)에서 정한 ‘대상포진’에 대한 보장개시일은 ‘대상포진 보장개시일’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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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.

【 약관용어 설명 】

- **보험수익자 변경 관련 설명** : 보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경전에 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 변

경할 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 경우에만 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 따

라 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 산출기 초율(적용이율, 계약채결비용, 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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일때에는 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 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 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 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 관련 규정이 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 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 [별표3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7 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
대상포진 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘대상포진 보장개시일’ 이후에 ‘대상포진’으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회한)	100만원 (다만, 최초 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. ‘대상포진 보장개시일’ 이후 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.
2. 이 특약의 ‘대상포진 보장개시일’은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 10일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 갱신일로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 대상포진 보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 10일이 지난 날의 다음날로 합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘대상포진 보장개시일’ 전일 이전에 ‘대상포진’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
대상포진 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘대상포진 보장개시일’ 이후에 ‘대상포진’으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회한)	100만원 (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. ‘대상포진 보장개시일’ 이후 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
2. 이 특약의 ‘대상포진 보장개시일’은 계약일부터 그 날을 포함하여 10일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 대상포진 보장개시일은 부활(효력회복)의 경우에는 그 부활청약을 한 날부터 그 날을 포함하여 10일이 지난 날의 다음날로 합니다.
3. 이 특약의 피보험자가 보험계약일부터 ‘대상포진 보장개시일’ 전일 이전에 ‘대상포진’으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려드립니다.
4. 대상포진진단특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
5. 대상포진진단특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

대상포진 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘대상포진’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 ‘대상포진’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
대상포진	B02

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘대상포진’ 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
대상포진 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.

통풍진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 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 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.

나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.

다. 통풍진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.

라. 통풍진단특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결시점의 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.

[약관용어 설명]

- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로써 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 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.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【'통풍'의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 '통풍'은 한국표준질병·사인분류 중 '[별표 2] 통풍 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '통풍'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(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사 방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 피보험자가 '통풍'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 검사결과를 진단확정의 근거로 하여야 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」 제11조의3에 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 졸업하

고 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 ‘통풍’으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 통풍진단자금([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 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 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 ‘통풍’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘통풍진단자금’을 지급합니다.

- ⑥ 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 제1호의 피보험자가 제5항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제6항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제8항에 의한 계약자적립액을 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제5항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액을 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 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) 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)에 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 [별표3] ‘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 제3항에 대한 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]

- **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.

[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.

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 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 갱신형일 경우에는 2종(비갱신형)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신형)
 2. 2종(비갱신형)
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 통풍진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 통풍진단특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑥ 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
 4. 제4조(보험금의 지급사유)의 ‘통풍 진단자금’의 지급사유가 발생한 경우
- ⑦ 제6항 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.

⑧ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

유효한 특약으로 봅니다.

[약관용어 설명]

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것

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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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.

[약관용어 설명]

- **보험수익자 변경 관련 설명** : 보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경전에 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 경

우만 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 산출기 초율(적용이율, 계약채결비용, 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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일때에는 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 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 관련 규정이 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 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 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 '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. 해약환급

금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표3] ‘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 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

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(갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
통풍 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘통풍’으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회한)	100만원 (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)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 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 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
통풍 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘통풍’으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회한)	100만원 (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)에 해당하는 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
2. 통풍진단특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
3. 통풍진단특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

통풍 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘통풍’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 ‘통풍’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
통풍	M10

주) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘통풍’ 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
통풍 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 제2항)	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.

2대주요질병(뇌혈관질환, 심질환)수술특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 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 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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 2대주요질병(뇌혈관질환, 심질환)수술특약(갱신형, 비갱신형, 무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 2대주요질병(뇌혈관질환, 심질환)수술특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

[약관용어 설명]

- **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.

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. 기간과 날짜 관련 용어

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

나. 연간 : 계약일(1종(갱신형)의 경우 최초 계약일)부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘2대주요질병(뇌혈관질환,심질환)’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘2대주요질병(뇌혈관질환,심질환)’은 한국표준질병·사인분류 중 ‘[별표 2] 2대주요질병(뇌혈관질환,심질환) 분류표’에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증 (old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 ‘뇌혈관질환’으로 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

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 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 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

[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」 제11조의3에 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 특약에서 ‘수술’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 ‘2대주요질병(뇌혈관질환, 심질환)’으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 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 ‘2대주요질병(뇌혈관질환, 심

질환)’의 치료를 직접목적으로 기구를 사용하여 생체(살아있는 사람의 몸)에 절단(특정 부위를 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.
- ③ 이 특약에서 ‘관혈수술’이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, ‘대뇌내 시경’, ‘복강경하수술’, ‘흉강경하수술’은 관혈수술에 준하여 보상합니다.
- ④ 이 특약에서 ‘비관혈수술’이라 함은 내시경수술, 카테터(도관)수술, 신의료수술을 말합니다.
 1. ‘내시경수술’이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 치료행위를 말합니다. 다만, ‘대뇌내시경’, ‘복강경하수술’, ‘흉강경하수술’은 제외합니다.
 2. ‘카테터(도관)수술’이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 ‘도관을 이용한 약물주입’과 ‘중심정맥관 삽입술’은 제외합니다.
 3. ‘신의료수술’이라 함은 관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 ‘도관을 이용한 약물주입’과 ‘중심정맥관 삽입술’은 제외합니다.

[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 의

거 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.>

제5조 【보험금의 지급사유】

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

1. 보험기간 중 피보험자가 ‘2대주요질병(뇌혈관질환, 심질환)’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 ‘2대주요질병(뇌혈관질환, 심질환)’의 직접적인 치료목적으로 관혈수술을 받았을 때 : 2대주요질병(뇌혈관질환, 심질환) 관혈수술자금 (수술 1회당)
2. 보험기간 중 피보험자가 ‘2대주요질병(뇌혈관질환, 심질환)’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 ‘2대주요질병(뇌혈관질환, 심질환)’의 직접적인 치료목적으로 비관혈수술을 받았을 때 : 2대주요질병(뇌혈관질환, 심질환) 비관혈수술자금 (보험연도 기준 연간 회에 한함)

보험연도 계산 예시

보험계약일이 2023년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제6조 【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 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 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 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
- ⑤ 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 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(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 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)에 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 지급사유에의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표3] ‘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 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 지급사유에의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제6조(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 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항에 대한 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]

- **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.

[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)

제10조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서의 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.

[약관용어 설명]

- **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 갱신형일 경우에는 2종(비갱신형)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신형)
 2. 2종(비갱신형)
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 2대주요질병(뇌혈관질환,심질환)수술특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 2대주요질병(뇌혈관질환,심질환)수술특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑦ 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 주계약

이 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

- ⑧ 제7항 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.

- ⑨ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

- ⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제9조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.>

제14조 【특약의 무효】

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

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 일반심사 보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형II))으로 가입시에 한함)

【 약관용어 설명 】

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것

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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입 금액의 변경은 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자

가 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 변경전에 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 산출기 초율(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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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.

다.

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 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 관련 규정이 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 드립니다.

제23조의2 【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 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 [별표3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- ④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

제25조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7 관 기타사항

제26조 【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
2대주요질병 (뇌혈관질환, 심질환) 관혈수술자금	피보험자가 보험기간 중 '2대주요 질병(뇌혈관질환,심질환)'으로 진 단이 확정되고, 보험기간 중 그 치 료를 직접적인 목적으로 관혈수술 을 받았을 때	2,000만원 (수술 1회당) (다만, 최초 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
2대주요질병 (뇌혈관질환, 심질환) 비관혈수술자금	피보험자가 보험기간 중 '2대주요 질병(뇌혈관질환,심질환)'으로 진 단이 확정되고, 보험기간 중 그 치 료를 직접적인 목적으로 비관혈수 술을 받았을 때	1,000만원 (보험연도 기준 연간 1회한) (다만, 최초 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 최초계약의 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. '2대주요질병(뇌혈관질환,심질환)'이란 [별표 2] '2대주요질병(뇌혈관질환,심질환) 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
3. '연간'이란 최초계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. 2대주요질병(뇌혈관질환,심질환)수술특약(갱신형)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
2대주요질병 (뇌혈관질환, 심질환) 관혈수술자금	피보험자가 보험기간 중 '2대주요질병(뇌혈관질환,심질환)'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 관혈수술을 받았을 때	2,000만원 (수술 1회당) (다만, 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
2대주요질병 (뇌혈관질환, 심질환) 비관혈수술자금	피보험자가 보험기간 중 '2대주요질병(뇌혈관질환,심질환)'으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 비관혈수술을 받았을 때	1,000만원 (보험연도 기준 연간 1회한) (다만, 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
2. '2대주요질병(뇌혈관질환,심질환)'이란 [별표 2] '2대주요질병(뇌혈관질환,심질환) 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
3. '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. 2대주요질병(뇌혈관질환,심질환)수술특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
5. 2대주요질병(뇌혈관질환,심질환)수술특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

2대주요질병(뇌혈관질환, 심질환) 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘2대주요질병(뇌혈관질환, 심질환)’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국 표준질병·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 ‘2대주요질병(뇌혈관질환, 심질환)’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
심질환	심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스 무도병	I02
	류마티스성 승모판 질환	I05
	류마티스성 대동맥판 질환	I06
	류마티스성 삼첨판 질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스 심장 질환	I09
	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속 심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장 질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
	폐 색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스성 승모판 장애	I34
	비류마티스성 대동맥판 장애	I35
	비류마티스성 삼첨판 장애	I36
	폐동맥판 장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애	I39
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43

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

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘2대주요질병(뇌혈관질환, 심질환)’ 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 ‘뇌혈관질환’으로 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
(제9조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
2대주요질병 (뇌혈관질환, 심질환) 관혈수술자금, 2대주요질병 (뇌혈관질환, 심질환) 비관혈수술자금 (제5조)	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 (제24조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 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 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.

2대주요질병(간·췌장질환, 폐질환)수술특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 약관

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

제1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약특약약관(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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 2대주요질병(간·췌장질환, 폐질환)수술특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 2대주요질병(간·췌장질환, 폐질환)수술특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

[약관용어 설명]

- **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.

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. 기간과 날짜 관련 용어

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

나. 연간 : 계약일(1종(갱신형)의 경우 최초계약일)부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)’은 한국표준질병·사인분류 중 ‘[별표 2] 2대주요질병(간·췌장질환,폐질환) 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘간·췌장질환’ 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·췌장질환’ 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」 제11조의3에 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 전문대학

원을 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 특약에서 ‘수술’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 ‘2대주요질병(간·췌장질환, 폐질환)’으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 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 ‘2대주요질병(간·췌장질환, 폐질환)’의 치료를 직접목적으로 기구를 사용하여 생체(살아있는 사람의 몸)에 절단(특정부위를 잘라 내는 것), 절제(특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말한다.
- 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.
- ③ 이 특약에서 ‘관혈수술’이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, ‘대뇌내

시경', '복강경하수술', '흉강경하수술'은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

④ 이 특약에서 '비관혈수술'이라 함은 내시경수술, 카테터(도관)수술, 신의료수술을 말합니다.

1. '내시경수술'이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 치료행위를 말합니다. 다만, '대뇌내시경', '복강경하수술', '흉강경하수술'은 제외합니다.
2. '카테터(도관)수술'이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.
3. '신의료수술'이라 함은 관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

[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
- **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 전문평가 위원회를 둔다.
 - ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제5조 【보험금의 지급사유】

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

1. 보험기간 중 피보험자가 ‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 ‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)’의 직접적인 치료목적으로 관혈수술을 받았을 때 : 2대주요질병(간·췌장질환,폐질환) 관혈수술자금 (수술 1회당)
2. 보험기간 중 피보험자가 ‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 ‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)’의 직접적인 치료목적으로 비관혈수술을 받았을 때 : 2대주요질병(간·췌장질환,폐질환) 비관혈수술자금 (보험연도 기준 연 1회에 한함)

보험연도 계산 예시

보험계약일이 2023년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년이 됩니다.

제6조 【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 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 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 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
- ⑤ 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 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(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 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)에 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 [별표3] ‘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 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) 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 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항에 대한 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)

제10조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서의 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(건강 진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초 자료의 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 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

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 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)수술특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)수술특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계

약'이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제18조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 '갱신계약'이라 합니다.

⑦ 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

⑧ 제7항 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.

⑨ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제9조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제9조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.>

제14조 【특약의 무효】

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

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 일반심사 보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형Ⅱ))으로 가입시에 한함)

【 약관용어 설명 】

- 무효 : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것

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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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.

【 약관용어 설명 】

- **보험수익자 변경 관련 설명** : 보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경전에 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. 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 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 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 산출기 초율(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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일때에는 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 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 수신

- 하고 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 관련 규정이 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 따

라 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 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 제24조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따

라 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 [별표3] ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- ④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

제25조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7 관 기타사항

제26조 【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
2대주요질병 (간·췌장질환 ,폐질환) 관혈수술자금	피보험자가 보험기간 중 ‘2대주요 질병(간·췌장질환,폐질환)’으로 진 단이 확정되고, 보험기간 중 그 치 료를 직접적인 목적으로 관혈수술 을 받았을 때	2,000만원 (수술 1회당) (다만, 최초 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
2대주요질병 (간·췌장질환, 폐질환) 비관혈수술자금	피보험자가 보험기간 중 ‘2대주요 질병(간·췌장질환,폐질환)’으로 진 단이 확정되고, 보험기간 중 그 치 료를 직접적인 목적으로 비관혈수 술을 받았을 때	1,000만원 (보험연도 기준 연간 1회한) (다만, 최초 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)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. ‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)’이란 [별표 2] ‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환) 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
3. ‘연간’이란 최초계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
2대주요질병 (간·췌장질환, 폐질환) 관혈수술자금	피보험자가 보험기간 중 ‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 관혈수술을 받았을 때	2,000만원 (수술 1회당) (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
2대주요질병 (간·췌장질환, 폐질환) 비관혈수술자금	피보험자가 보험기간 중 ‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)’으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 치료를 직접적인 목적으로 비관혈수술을 받았을 때	1,000만원 (보험연도 기준 연간 1회한) (다만, 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후에 지급하는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
2. ‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)’이란 [별표 2] ‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환) 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
3. ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 매년 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. 2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)수술특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
5. 2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)수술특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

2대주요질병(간·췌장질환,폐질환) 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)’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 ‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)’ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
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
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) 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘2대주요질병(간·췌장질환,폐질환)’ 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
(제9조 제2항 및 제24조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
2대주요질병 (간·췌장질환, 폐질환) 관혈수술자금, 2대주요질병 (간·췌장질환, 폐질환) 비관혈수술자금 (제5조)	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 (제24조 제2항)	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 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 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.

뇌졸중진단특약 | 갱신형,비갱신형,무배당_W 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 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 뇌졸중진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 뇌졸중진단특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

[약관용어 설명]

- **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.

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. 기간과 날짜 관련 용어

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

제2관 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(의사치과의사 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 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, Single Photon Emission Computed Tomography)** : γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포 상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
- **뇌척수액검사** : 뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상유무를 알아보는 것

[의로법 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」 제11조의3에 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 ‘뇌졸중진단자금’([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 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’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 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 제1호의 피보험자가 제5항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제7항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제9항에 의한 계약자적립액을 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제5항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액을 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) 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 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]

- **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.

[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 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.

[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 갱신형일 경우에는 2종(비갱신형)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신형)
 2. 2종(비갱신형)
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 뇌졸중진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 뇌졸중진단특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 계약자는 특약을 청약할 때 다음조건에 따라 청약하여야합니다.
 1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑦ 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 ‘뇌졸중진단자금’의 지급사유가 발생한 경우

⑧ 제7항 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.

⑨ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.

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 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 계약의 보험계약대출이율

을 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, 2형(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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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 변경전에 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>

- 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.

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 10년갱신형의 경우 10년 미만, 20년갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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 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 관련 규정이 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 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 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형”의 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7 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 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 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 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. 뇌졸중진단특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
6. 뇌졸중진단특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[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·사인 분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘뇌졸중’ 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명			분류번호
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 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 제2항)	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.

뇌혈관질환진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당|_W 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 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.

나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.

다. 뇌혈관질환진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.

라. 뇌혈관질환진단특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

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

제2관 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(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 근거로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 '뇌혈관질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 근거로 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 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 방출

- 할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
- **단일광자방출 전산화단층술(SPECT, Single Photon Emission Computed Tomography)** : γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포 상태의 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 보건·의료정책에 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」 제11조의3에 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 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 ‘뇌혈관질환진단자금’([별표 1] ‘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 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.

다.

- 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 이 특약의 경우 계약일부터 1년이 지난 계약 해당일 전일 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 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 제2항 단서에서 정한 방법으로 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘뇌혈관질환진단자금’을 지급합니다.
- ⑥ 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제4항 제1호의 피보험자가 제5항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제7항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제9항에 의한 계약자적립액을 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제5항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액을 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 분류기호 기입) 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)에 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 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 제3항에 대한 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 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 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 부

활(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 갱신형일 경우에는 2종(비갱신형)을 선택할 수 없습니다.
 1. 1종(갱신형)
 2. 2종(비갱신형)
- ③ 계약자는 특약을 청약할 때 다음조건에 따라 청약하여야합니다.
 1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형II인 경우 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 뇌혈관질환진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 뇌혈관질환진단특약(무배당)_DW
- ⑤ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형

2. 표준형

- ⑥ 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.
- ⑦ 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
 4. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘뇌혈관질환진단자금’의 지급사유가 발생한 경우
- ⑧ 제7항 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.
- ⑨ 제4항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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 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.>

[약관용어 설명]

- **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.

제13조 【특약의 무효】

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

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 일반심사 보험가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형 II)으로 가입시에 한함)

[약관용어 설명]

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것

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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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 변경전에 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 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 10년갱신형의 경우 10년 미만, 20년갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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 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 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 관련 규정이 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 또는 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 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 드립

니다.

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 ‘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 제공합니다.
- ④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정한 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형”의 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7 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
뇌혈관질환 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회한)	1,000만원 (다만, 최초 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 이 특약의 경우 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘뇌혈관질환진단자금’ 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 ‘뇌혈관질환진단자금’의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액 하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 이 특약의 ‘뇌혈관질환’이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 ‘뇌혈관질환 분류표’([별표 2] 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(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 (최초 1회한)	1,000만원 (다만, 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 이 특약의 경우 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사

유)에서 정한 ‘뇌혈관질환진단자금’의 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 ‘뇌혈관질환진단자금’의 50%를 지급합니다.

2. 이 특약의 ‘뇌혈관질환’이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 ‘뇌혈관질환 분류표’([별표 2] 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
3. 뇌혈관질환진단특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
4. 뇌혈관질환진단특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

뇌혈관질환 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘뇌혈관질환’은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 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
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69

- 주) 1. 제10차 개정이후 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 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
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 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 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.

급성심근경색증진단특약 |갱신형,비갱신형,무배당_W 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 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 급성심근경색증진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 급성심근경색증진단특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

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

제2관 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, 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 전위 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)

[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」 제11조의3에 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’으로 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 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 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 않

고 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 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 제1호의 피보험자가 제5항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제7항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제9항에 의한 계약자적립액을 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제5항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액을 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) 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 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 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 지급사유와 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(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 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 급성심근경색증진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 급성심근경색증진단특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 계약자는 특약을 청약할 때 다음조건에 따라 청약하여야합니다.
 1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.

- ⑦ 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 ‘급성심근경색증진단자금’ 지급사유가 발생한 경우
- ⑧ 제7항 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.
- ⑨ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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 계약의 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 계약으로 봅니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(다만, 2형(간편가입형 II)으로 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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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 변경전에 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>

- 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.

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 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 산출기 초율(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 10년갱신형의 경우 10년 미만, 20년갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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 갖춘 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 갖춘 것
 4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
(이하 생략)

<향후 관련 규정이 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, 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.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형”의 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

- 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 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

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(갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급성심근경색증 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘급성심근경색증’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 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급성심근경색증 진단자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘급성심근경색증’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. 급성심근경색증진단특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한

경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

4. 급성심근경색증진단특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[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.

대 상 질 병 명	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 제2항)	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.

허혈성심질환진단특약 | 갱신형,비갱신형,무배당_W 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 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.

나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.

다. 허혈성심질환진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.

라. 허혈성심질환진단특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

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

제2관 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(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, 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, 골주사 검사 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」 제11조의3에 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 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 ‘허혈성심질환진단자금’([별표 1] ‘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 이 특약의 경우 최초계약의 계약일부터 1년이 지난 계약 해당일 전일 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 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 제2항 단서에서 정한 방법으로 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘허혈성심질환진단자금’을 지급합니다. 다만, 보장개시일 전일 이전에 ‘허혈성심질환’으로 진단이 확정된 경우에는 해당 진단자금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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.
- ⑦ 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 피보험자가 제5항에 의한 진단확정으로 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제7항 제4호에서 정한 바에 따라 특약이 소멸된 경우에는 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제9항에 의한 계약자적립액을 지급하지 않으며, 이미 지급된 계약자적립액이 있는 경우 제5항에 의한 진단확정으로 지급되는 보험금에서 지급된 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

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) 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)에 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 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) 제6항에 따라 보험금 등 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 제3항에 대한 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 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(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 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 허혈성심질환진단특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 허혈성심질환진단특약(무배당)_DW
- ③ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ④ 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)
- ⑤ 계약자는 특약을 청약할 때 다음조건에 따라 청약하여야합니다.
 1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- ⑥ 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 경우

에는 ‘갱신계약’이라 합니다.

⑦ 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

4. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘허혈성심질환진단자금’의 지급사유가 발생한 경우

⑧ 제7항 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.

⑨ 제2항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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 일반심사 보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형Ⅱ))으로 가입시에 한함)

【 약관용어 설명 】

- 무효 : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것

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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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 변경전에 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 경우에만 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. 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 10년갱신형의 경우 10년 미만, 20년갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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 수신

- 하고 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 관련 규정이 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 또는 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 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 산출방법서에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보

험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

- 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 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 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(갱신형)

(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 (최초 1회한)	1,000만원 (다만, 최초 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 이 특약의 경우 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘허혈성심질환진단자금’ 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 ‘허혈성심질환진단자금’의 50%를 지급합니다.
다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. ‘1’에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(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 (최초 1회한)	1,000만원 (다만, 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 이 특약의 경우 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘허혈성심질환진단자금’ 지급사유가 발생하였을 때에는 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유 발생시 지급하는 ‘허혈성심질환진단자금’의 50%를 지급합니다.
2. 허혈성심질환진단특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
3. 허혈성심질환진단특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 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 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 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.

플러스뇌혈관질환통원특약 |갱신형,비갱신형,무배당_W 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 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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 플러스뇌혈관질환통원특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 플러스뇌혈관질환통원특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

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

나. 연간 : 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘뇌혈관질환’의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 '뇌혈관질환'은 한국표준질병·사인분류 중 '([별표 2]뇌혈관질환 분류표'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(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

[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, 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」 제11조의3에 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 【‘통원’의 정의와 장소】

이 특약에서 ‘통원’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 ‘뇌혈관 질환’으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 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 증상을 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)

제5조 【‘상급종합병원’의 정의】

이 특약에 있어 ‘상급종합병원’이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말합니다.

【 의료법 제3조의 4 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제 77 조 제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조의 2 【법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제5조(‘상급종합병원’의 정의)에 의한 ‘상급종합병원’의 지정기준이 의료법 및 관련 법률(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 ‘상급종합병원’과 관련된 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 - 1. 법령의 개정으로 ‘상급종합병원 지정기준’이 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정으로 ‘상급종합병원 지정기준’의 변경으로 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우

예시) 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등
- 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 보험회사의 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 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 이 특약의 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 【보험금의 지급사유】

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

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’으로 진단확정되고 그 ‘뇌혈관질환’의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때
: 상급종합병원뇌혈관질환통원급여금(통원 1회당, 1일 1회한, 연간 30회한)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌혈관질환’으로 진단확정되고 그 ‘뇌혈관질환’의 치료를 직접적인 목적으로 통원하였을 때
: 뇌혈관질환통원급여금(통원 1회당, 1일 1회한, 연간 30회한)

제7조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항은 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 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 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원뇌혈관질환통원급여금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원뇌혈관질환통원급여금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 통원급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금의 지급사유에 해당하는 각 지급금액을 더하여 지급합니다.

【제6조(보험금의 지급사유) 지급 예시】

구분	‘뇌혈관질환’으로 상급종합병원 1회 통원시	‘뇌혈관질환’으로 병원(상급종합병원 제외) 1회 통원시
상급종합병원뇌혈관질환통원급여금(❶)	지급	해당없음
뇌혈관질환통원급여금(❷)	지급	지급

예시1) ‘뇌혈관질환’으로 상급종합병원에 1회 통원시

→ 상급종합병원뇌혈관질환통원급여금(❶) 및 뇌혈관질환통원급여금(❷) 지급

예시2) ‘뇌혈관질환’으로 병원(상급종합병원 제외)에 1회 통원시

→ 뇌혈관질환통원급여금(❷) 지급

- ⑥ 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 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), 통원치료확인서 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 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 해

당하는 경우를 제외하고는 제9조(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. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항에 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 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(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 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.
- **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 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 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 플러스뇌혈관질환통원특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 플러스뇌혈관질환통원특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 계약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 계약의 보험기간이 끝난 후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.

- ⑦ 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
- ⑧ 제7항 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.
- ⑨ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제10조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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
- **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 보험

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

1. 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, 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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입 금액의 변경은 제한됩니다.
- 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 변경전에 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>

- 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.

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 합니

다. 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 있

습니다.

- 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 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 10년갱신형의 경우 10년 미만, 20년갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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 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 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 전자

적 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 관련 규정이 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 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) 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.

<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.

제25조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘산출방법서’에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형”의 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
 3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.
- 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 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 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.

제26조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7관 기타사항

제27조 【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
상급종합병원 뇌혈관질환통원 급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 '뇌혈관질환' 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때(1일 1회한, 보험연도 기준 연간30회에 한함)	10만원 (통원 1회당)
뇌혈관질환 통원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 '뇌혈관질환' 치료를 직접적인 목적으로 통원하였을 때(1일 1회한, 보험연도 기준 연간30회에 한함)	2만원 (통원 1회당)

주) 1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 뇌혈관질환통원 급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 '뇌혈관질환' 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때(1일 1회한, 보험연도 기준 연간30회에 한함)	10만원 (통원 1회당)
뇌혈관질환 통원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌혈관질환'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 '뇌혈관질환' 치료를 직접적인 목적으로 통원하였을 때(1일 1회한, 보험연도 기준 연간30회에 한함)	2만원 (통원 1회당)

주) 1. 플러스뇌혈관질환통원특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
2. 플러스뇌혈관질환통원특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 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 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
뇌혈관질환 통원급여금, 상급종합병원 뇌혈관질환통원 급여금 (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 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 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(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.

플러스허혈성심질환통원특약 | 갱신형,비갱신형,무배당_W 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 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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 플러스허혈성심질환통원특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 플러스허혈성심질환통원특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급금과 이자율 관련 용어

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

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

니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

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

나. 연간 : 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘허혈성심질환’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 '허혈성심질환'은 한국표준질병·사인분류 중 '[별표 2]허혈성심질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '허혈성심질환'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, 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 동위

원소를 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, 골주사 검사 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 제3조2의 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 보

건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의3에 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 【‘통원’의 정의와 장소】

이 특약에서 ‘통원’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 ‘허혈성 심질환’으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 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)

제5조 【‘상급종합병원’의 정의】

이 특약에 있어 ‘상급종합병원’이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4]

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제 77 조 제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조의 2 【법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경】

- ① 제5조(‘상급종합병원’의 정의)에 의한 ‘상급종합병원’의 지정기준이 의료법 및 관련 법률(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 ‘상급종합병원’과 관련된 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 ‘상급종합병원 지정기준’이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정으로 ‘상급종합병원 지정기준’의 변경으로 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우

예시) 상급종합병원 제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 보험회사의 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 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 【보험금의 지급사유】

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

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈성심질환으로 진단확정되고 그 ‘허혈성심질환’의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때
: 상급종합병원허혈성심질환통원급여금(통원 1회당, 1일 1회한, 연간 30회한)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘허혈성심질환’으로 진단확정되고 그 ‘허혈성심질환’의 치료를 직접적인 목적으로 통원하였을 때
: 허혈성심질환통원급여금(통원 1회당, 1일 1회한, 연간 30회한)

제7조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항은 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 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 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원허혈성심질환통원급여금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원허혈성심질환통원급여금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 통원급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금의 지급사유에 해당하는 각 지급금액을 더하여 지급합니다.

【제6조(보험금의 지급사유) 지급 예시】

구분	‘허혈성심질환’으로 상급종합병원 1회 통원시	‘허혈성심질환’으로 병원(상급종합병원 제외) 1회 통원시
상급종합병원허혈성심질환 통원급여금(❶)	지급	해당없음
허혈성심질환통원급여금(❷)	지급	지급

예시1) ‘허혈성심질환’으로 상급종합병원에 1회 통원시

→ 상급종합병원허혈성심질환통원급여금(❶) 및 허혈성심질환통원급여금(❷) 지급

예시2) ‘허혈성심질환’으로 병원(상급종합병원 제외)에 1회 통원시

→ 허혈성심질환통원급여금(❷) 지급

- ⑥ 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 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), 통원치료확인서 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 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 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) 제6항에 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 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 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.>

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 않

을 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 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 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 플러스허혈성심질환통원특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 플러스허혈성심질환통원특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형Ⅱ인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 계약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 계약의 보험기간이 끝난 후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑦ 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

⑧ 제7항 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.

⑨ 제3항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제10조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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
- **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 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 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, 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 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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 변경전에 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 동의

한 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>

- 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.

제19조 【특약의 갱신】

※ 아래 각 항은 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제2항 제1호의 1종(갱신형)을 선택했을 경우에만 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(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 받아야합니다.
- ⑫ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거

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.

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 10년갱신형의 경우 10년 미만, 20년갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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 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 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 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 관련 규정이 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) 규

정에 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) 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 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.

【 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제25조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
 3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.
- 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 제공합니다.
- ④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 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.

제26조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 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

○ 1종(갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 허혈성심질환 통원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘허혈성심질환’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘허혈성심질환’ 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때(1일 1회한, 보험연도 기준 연간30회에 한함)	10만원 (통원 1회당)
허혈성심질환 통원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘허혈성심질환’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘허혈성심질환’ 치료를 직접적인 목적으로 통원하였을 때(1일 1회한, 보험연도 기준 연간30회에 한함)	2만원 (통원 1회당)

- 주) 1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 허혈성심질환 통원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘허혈성심질환’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘허혈성심질환’ 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때(1일 1회한, 보험연도 기준 연간30회에 한함)	10만원 (통원 1회당)
허혈성심질환 통원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘허혈성심질환’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘허혈성심질환’ 치료를 직접적인 목적으로 통원하였을 때(1일 1회한, 보험연도 기준 연간30회에 한함)	2만원 (통원 1회당)

- 주) 1. 플러스허혈성심질환통원특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
2. 플러스허혈성심질환통원특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 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
(제10조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
허혈성심질환 통원급여금, 상급종합병원 허혈성심질환 통원급여금 (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 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 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.

수술특약 |갱신형,무배당_TW 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 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 : 이 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

제2 관 보험금의 지급

제3조 【‘수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘수술’은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 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, 치과 의사 또는 한의사의 관리 하에 ‘[별표 2]수술 분류표’에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다.

- ② 제1항에서 ‘수술’은 기구를 사용하여 생체(살아있는 사람의 몸)에 절단(특정부위를 잘라 내는 것), 절제(특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 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) 등은 ‘수술’에 포함되지 않습니다.

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 보건복지

부령으로 정한다.

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

제4조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘[별표 2]수술 분류표’에서 정한 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 약정한 수술자금(‘[별표 1] 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

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 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)에서 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 한 종류의 수술에 대해서만 수술자금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료 목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술자금을 지급합니다.
- ④ 제1항에서 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.

- ⑤ 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), 수술확인서 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 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) 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 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 알릴 의무 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 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 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 제한 할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결당시에 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(단단계약의 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 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.

[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.

- 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).

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 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
- ③ 이 특약을 주계약 체결할 때 부가할 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- 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 사망한 경우
- ⑤ 제4항 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.
- ⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑦ 제6항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야

합니다. 계약자적립액 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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 결정
- **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 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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 일반심사 보험 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보험에 가입한 경우(단, 2형(간편가입형 II))으로 가입시에 한함)

[약관용어 설명]

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것

제14조 【회사의 보장개시】

- 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.

[약관용어 설명]

- **보험수익자 변경 관련 설명** : 보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경전에 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>

- 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.

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 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 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】

- ① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제17조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 5년 미만일때에는 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 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 관련 규정이 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 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 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액을 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
- **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.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7 관 기타사항

제25조 【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
수술자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '[별표 2]수술 분류표'에서 정한 수술을 받았을 때	수술 1회당 30만원

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

수술 분류표

1. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)
	2. 피부이식수술(25cm ² 미만인 경우)
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
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(Im plant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술
	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]
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靱帶), 연골(軟骨) 관혈수술

구분	수술명
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술
	17. 편도, 아데노이드 절제수술
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매 입술(埋入術)
	29. 비장(脾腸) 절제수술
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	35. 간장(肝臟), 췌장(胰臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]

구분	수술명
소화기계의 수술	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)
	39. 탈장(脫腸) 근본수술
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중 절수술은 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]
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]
	47. 방광류·요실금 교정수술
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)
	50. 고환(辜丸), 부고환(副辜丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술
	51. 음낭관혈수술
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
내분비기계의 수술	55. 질탈(腔脫)근본수술
	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술
	58. 부신(副腎) 절제수술

구분	수술명
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]
	60. 신경(神經) 관혈수술
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술
시각기의 수술 [약물주입술 은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술
	68. 각막, 공막 이식수술
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)
	76. 안와내양절제수술
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)
	78. 안근(眼筋)관혈수술

구분	수술명
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]
	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.]
	83. 내이(內耳) 관혈수술
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)
	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
	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
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락

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
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]
1-1. 기타피부암(C44)
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.]
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]

- 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 ‘관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery)’로 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 ‘내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술’로 인정합니다.

III. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목
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]
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

- 주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(수술분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 분류표>에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(특정부위를 잘라 내는 것), 절제(특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)]를 말합니다. 단, 흡인(주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경 BLOCK(신경의 차단)은 '수술'에 포함되지 않습니다.
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. <수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) 수술분류표상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 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 <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 악성 신생물(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 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 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
수술자금 (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 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.

플러스수술특약II |갱신형,비갱신형,무배당_W 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 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.
4. 계약관계 관련 용어
 - 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
 - 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
 - 다. 플러스수술특약II(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
 - 라. 플러스수술특약II(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에

게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

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 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」 제11조의3에 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(腹腔鏡檢查) 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 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 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 좌우를 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(사망진단서, 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 수술확인서 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 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(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]

- **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.

제9조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 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 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 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 플러스수술특약II(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 플러스수술특약II(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 일반가입형인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 간편가입형II인 경우 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
- ⑥ 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.
- ⑦ 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
- ⑧ 제7항 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.
- ⑨ 제3항 1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제13조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 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 반환 일까지의 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, 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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.

- 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 변경전에 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 자동 갱신 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 산출기 초율(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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 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 회사

는 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 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 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.

제23조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 ‘산출방법서’에 따라 계산합니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

- 1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 - 2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
 - 3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 - 4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.
- 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 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7 관 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 : 30만원 3종 : 100만원 4종 : 500만원 5종 : 1,000만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50%지급)

- 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 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

- 2종(비 갹 신 형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
1~5종 수술자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '1~5종 수술 분류표'에서 정한 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종, 2종 : 30만원 3종 : 100만원 4종 : 500만원 5종 : 1,000만원 (다만, 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50%지급)

- 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 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. 플러스수술특약II(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
4. 플러스수술특약II(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[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 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술 보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	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(Implant) 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) 관혈수술	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, 관절의 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(心臟內) 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(누관튜브삽입술 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 이식은 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 수술개시일로부터 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 조사함으로 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
1~5중 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.

급여수술[기본]특약 |갱신형,무배당_TW 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 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. 지급사유 관련 용어

수술 보장 대상 질병 및 재해 : ‘[별표 2]수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표’에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

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

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 갱신일 : 이 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

나. 연간 : 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘급여수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘급여수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리하에 ‘[별표 3]급여 수술 분류표’에서 정한 수술코드(이하 ‘수술코드’라 합니다)에 해당하는 행위를 받은 경우를 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)

- ② 제1항의 수술코드는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 ‘요양급여’라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘의료급여’라 합니다) 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고, “한국형 진단명기준환자군(Korean Diagnosis Related Group, KDRG)”분류체계에 따라 분류되는 경우에 부여하는 ‘ADRG(Adjacent DRG)’ 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

[한국형 진단명기준환자군 (KDRG(Korean Diagnosis Related Group))]

- **한국형 진단명기준환자군 (KDRG(Korean Diagnosis Related Group))**이란 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]

- **ADRG(Adjacent DRG)**란 KDRG의 분류과정 중에서 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)에 따라 입원환자를 분류한 다음 '그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다. 이 약관에서는 KDRG의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

- ③ 제1항의 수술코드에서 향후 'ADRG'의 개정으로 동일한 수술에 대해 수술코드가 변경되는 경우 이 특약 체결 시점에서 정한 수술코드를 따릅니다. 다만, 이 특약 체결 시점 이후 'ADRG'가 신규 추가되는 경우 회사는 '[별표 3]급여수술분류표'의 구분에 준하여 수술코드를 결정합니다.

[설명 및 예시]

- 특약 체결 시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010(KDRG버전4.6)이었으나, 피보험자가 간이식 수술을 받은 시점의 수술코드가 A080(예시, KDRG버전 5.0)으로 변경된 경우에도 회사는 A010(KDRG버전4.6)코드를 받은 것에 준하여 보험금 지급여부를 판단합니다.

- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결 시점에서 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.
- ⑤ 제1항의 '급여수술'은 [건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2024-258호, 2024. 12. 18)] 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy), 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료 및 양성자치료는 '급여수술'에 포함하여 보장합니다.

[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」 제11조의3에 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 한 의학을 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 한 의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하

고 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 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① 제3조(‘급여수술’의 정의와 장소) 제1항에서 정한 ‘급여수술’이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 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 개정에 따라 ‘급여수술’이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 ‘급여수술’이 변경되어 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수 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) 또는 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 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 계약 내용 변경시점의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될

수 있습니다.

- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조 【‘입원’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 ‘입원’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘[별표2] 수술 보장 대상 질병 및 재해분류표’에서 정한 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 ‘당일입원’이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제6조 【‘통원’의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 ‘통원’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘[별표2] 수술 보장 대상 질병 및 재해분류표’에서 정한 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 【보험금의 지급사유】

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

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원하여 ‘급여수술’을 받았을 때 : 입원 급여수술보험금(입원 1회당 1회 한도)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’의 직접적인 치료를 목적으로 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘급여수술’을 받았을 때 : 통원 급여수술보험금(통원 1회당 1회 한도, 동일 수술코드당 연간 3회 한도)

제8조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제사유가 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 경우 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유가 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액 하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ④ 제7조(보험금의 지급사유)제2호의 경우 동일 수술코드당 연간 3회를 한도로 해당 급여수술보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 1회의 입원 중 2가지 이상의 수술을 받고 퇴원하더라도 피보험자의 퇴원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 급여수술보험금을 지급합니다. 또한, 피보험자가 1회의 통원 중 2가지 이상의 수술을 받은 경우 피보험자의 통원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 급여수술보험금을 지급합니다.

【 설명 및 예시 】

- “ADRG”는 1회의 입원기간 중 2가지 이상의 수술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.
 - “ADRG”는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금이 가장 높은 하나의 수술코드에 한하여 급여수술보험금을 지급합니다.
 - ⑦ 피보험자가 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’의 동일한 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
 - ⑧ 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 보험기간 종료일부터 180일 이내 (피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제7조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보장합니다.

- ⑨ 제5항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술(수술코드상 J051 또는 J052, 이하동일)과 유방절제술(수술코드상 J061 또는 J062를 말하며, J063은 제외, 이하동일)을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술이 아니라 유방절제술에 해당하는 수술코드가 발생한 것으로 보아 해당 급여수술보험금을 지급합니다. 다만, 그 수술코드(유방절제술)로 통원(당일입원 포함) 급여수술보험금을 지급받은 보장회수가 연간 3회를 초과하는 경우에는 해당 급여수술보험금을 지급하지 않습니다.

[설명 및 예시]

- 피보험자가 입원을 하고 유방재건술(J051)과 유방절제술(J061)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 'ADRG'는 유방재건술(J051)입니다. 다만, 이 경우 회사는 제9항에 따라 유방재건술(J051)에 해당되는 급여수술보험금이 아니라 유방절제술(J061)에 해당하는 급여수술보험금을 보장합니다.
- ⑩ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 시술명으로 이 보장에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우에 한하여 회사는 제3조('급여수술'의 정의와 장소) 제1항에서 정한 '급여수술'에 포함하여 보장합니다.
- ⑪ 제6항에도 불구하고 제10항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 피보험자가 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 급여수술보험금과 제10항의 수술코드에 해당하는 급여수술보험금을 각각 지급합니다.
- ⑫ 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.

제9조 【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 제7조(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.

제10조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비 영수증, 진료비 세부내역서(건강보험심사평가원 수가코드(EDI) 필수기입), 입원치료확인서, 통원치료확인서, 수술확인서(수술기록지 등) 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.

제11조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제10조(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 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 보험 수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조(보험금의 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. 제8조(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 제14조(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.

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 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(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 가

지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한 할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결당시에 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 알려 드립니다.

[약관용어 설명]

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

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

- ④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 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.

제4 관 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 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
- ③ 이 특약을 주계약 체결할 때 부가할 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제20조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- 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 사망한 경우

- ⑤ 제4항 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.

- ⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

- ⑦ 제6항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액을 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제11조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제11조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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 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>

제16조 【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 일반심사보형 가입을 위하여 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통해 일반심사보형에 가입한 경우(다만, 2형(간편가입형 II) 가입시에 한함)

제17조 【회사의 보장개시】

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 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 알리거나 보험증권

의 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.

[약관용어 설명]

- **보험수익자 변경 관련 설명** : 보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경전에 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>

- ④ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 보험가입금액을 감액한 경우에는 해약환급금이 없거나 최초 가입한 때에 안 내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.

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(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS포함) 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. 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 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 제8조(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)를 준수하여 산출 됩니다.

제21조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제20조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 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 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.

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 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 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 관련 규정이 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 완료 또는 면제되었거나 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. 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 제25조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제27조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 기 타 사 항

제28조 【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
급여 수술 보험금	입원 급여수술 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '수술 보장 대상 질병 및 재해'의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원하여 '급여수술'을 받았을 때 (입원 1회당 1회 한도)	1회당 20만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
	통원 급여수술 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '수술 보장 대상 질병 및 재해'의 직접적인 치료를 목적으로 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 '급여수술'을 받았을 때 (통원 1회당 1회 한도, 동일수술코드당 연간3회 한도)	1회당 10만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 최초계약의 경우 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 재해 이외의 원인으로 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유가 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. '연간'이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. '급여수술'이라 함은 제3조('급여수술'의 정의와 장소) 제1항에서 정한 행위를 받은 경우를 말합니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표

1. 보장대상이 되는 수술 보장 대상 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 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. 아토병	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 수술 보장 대상 질병 및 재해

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

- ① 다음의 “가~마”에 해당하는 사항

가. 정신 및 행동장애(F04~F99)

나. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

다. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

마. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

② 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우

③ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우

④ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑤ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우

⑥ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’ 여부를 판단합니다. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’ 해당여부는 피보험자가 진단(사고 발생)된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 진단(사고 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 이 약관에서 보장하는 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’ 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다

※ 위 ‘1. 보장대상이 되는 수술 보장 대상 질병 및 재해 ②’에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

[별표 3]

급여수술분류표

대분류명	수술명	수술코드
간 이식	간 이식	A010
폐 이식	폐 이식	A020
심장 이식	심장 이식	A030
췌장 이식	췌장 이식	A040
소장 이식	소장 이식	A050
조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062
신장 이식	신장 이식	A070
체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080
기관 절개술	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096
사지 이식	사지 이식	A100
뇌동맥류 수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017
	뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018
뇌혈관 수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021

대분류명	수술명	수술코드
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024
	경피적 뇌혈관 수술(협착 · 폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027
혈 중 제 거 술 및 기타개두 술(외상 제외)	혈중제거술(외상 제외)	B031
	두개내 감압술(외상 제외)	B032
	두개골 성형술(외상 제외)	B033
두개외 혈관수술	두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041
	두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042
	경피적 두개외 혈관수술	B043
뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050
뇌종양 절제술	복잡 천막상부 종양절제술	B061
	단순 천막상부 종양절제술	B062
	복잡 천막하부 종양절제술	B063
	단순 천막하부 종양절제술	B064
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065
	경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066
신경계 신경 자극기설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070
뇌전증 수술	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082
정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096
뇌신경 수술	뇌신경 수술	B100
뇌척수액	뇌척수액 우회로조성술	B110

대분류명	수술명	수술코드
우회로조성술		
외상 개두술	혈중제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121
	혈중제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122
	혈중제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123
	두개내 감압술(외상 관련)	B124
	두개골 성형술(외상 관련)	B125
기타 개두술	기타 개두술	B130
천두술	천두술(경막하 또는 경막외)	B141
	천두술(뇌내)	B142
	천두술(기타)	B143
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	B151
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	B161
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	B171
	척추고정술(척수병증 미동반)	B172
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182
신 경 조 절 술 및 척추강내 약물주입 펌프 이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192
기타	주요 말초 및 뇌신경 수술	B201

대분류명	수술명	수술코드
신경계 수술	기타 말초 및 뇌신경 수술	B202
	수근관 이완술	B203
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204
	기타 신경계 수술	B205
복잡 척추수술	복잡 척추고정술	B211
	복잡 척추후궁절제술	B212
안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	C011
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013
	후안부 관통상 수술	C014
안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	C021
	복잡 안와 수술, 양쪽	C022
	단순 안와 수술	C023
안구 수술 (종양 수술 포함)	안구 수술(종양 수술 포함)	C030
망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술(망막주위막제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043
	망막 및 유리체 수술(망막주위막제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044
	망막 및 유리체 수술(망막주위막제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045
	망막 및 유리체 수술(망막주위막제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046
안구 표면재건술	주요 각막이식수술	C051
	기타 각막이식수술	C052
	공막 및 각막윤부이식수술	C053
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062
	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064
수정체 대절	주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071

대분류명	수술명	수술코드
개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072
	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073
후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	C080
녹내장 수술	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091
	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092
	단순 녹내장 수술	C095
기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101
	기타 단순 안구내 수술	C102
사시 수술	복잡 사시 수술	C111
	단순 사시 수술	C112
안검 수술	복잡 안검 수술, 제1형	C121
	복잡 안검 수술, 제2형	C122
	복잡 안검 수술, 제3형	C123
	주요 안검 수술, 제1형	C124
	주요 안검 수술, 제2형	C125
	주요 안검 수술, 제3형	C126
	기타 안검 수술	C127
눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136
결막 수술	결막낭 재건술	C141
	복잡 결막 수술	C142
	단순 결막 수술	C143
기타 안구외 수술	기타 안구외 수술	C150
내이 수술	귀 이식술	D011

대분류명	수술명	수술코드
	주요 내이 수술	D012
	단순 내이 수술	D013
중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021
	유양돌기 수술	D022
	고실 수술	D023
	이소골 재건술	D024
	등골수술	D025
	환기관삽입 고막절개술	D026
외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031
	단순 외이 및 귀 수술	D032
귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042
부비동 개방 수술	부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051
	부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052
	부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053
	부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054
내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068
코 수술	주요 코 수술	D081
	비중격 및 비갑개수술	D082
	단순 코 수술	D083
구강 및 타액선 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090
후두 및 인두 악성종양	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101

대분류명	수술명	수술코드
수술	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102
경부림프절 절제술	경부림프절절제술, 한쪽	D111
	경부림프절절제술, 양쪽	D112
안면골 수술	악관절 수술	D121
	주요 안면골 수술	D122
	단순 안면골 수술	D123
두경부 재건술	두경부 재건술	D130
타액선 수술	이하선수술	D141
	악하선 및 설하선 수술	D142
	기타 타액선 수술	D143
	타석제거술	D144
경부 수술	경부 수술	D150
편도 및 아데 노이드 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162
구강, 인후두 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172
기타 이비인 후, 구강 질환 수술	기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200
주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011
	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013
	기타 폐 수술	E014
	종격동 수술	E015
	주요 흉곽 수술	E016
	기타 흉곽 수술	E017
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019
기관지경 및 방사선하	기관지경 및 방사선하 수술	E020

대분류명	수술명	수술코드
수술		
기타 호흡기계 수술	수면무호흡증후군 수술	E032
	호흡기계 기타 단순 수술	E033
	기타 호흡기계 수술	E034
폐농양 배액술	폐농양 배액술	E520
흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530
자동체내제세동기 시술	자동체내제세동기 설치술 또는 제거술	F011
	자동체내제세동기 교정술	F012
심장판막 수술(심도자술 사용)	대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022
	폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023
심장판막 수술(심도자술 미사용)	대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032
	폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033
관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044
기타 심흉부 수술	심장 중격결손증 수술	F051
	기타 복잡 심장 기형 교정술	F052
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054
주요 혈관 복구 수술(인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063
주요 혈관 복구 수술(인공	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071

대분류명	수술명	수술코드
심 장 폐 장 치 미사용)	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073
대동맥 경피 적 수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081
	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083
	대동맥박리 경피적 수술	F084
정맥 및 대정 맥 경피적 수 술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092
경도관 심장 결손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103
급성 심근경 색증의 경피 적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112
급성 심근경 색증의 경피 적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동 반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122
급성 심근경 색증이 아닌	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133

대분류명	수술명	수술코드
기타 경피적 관상동맥 수 술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136
부정맥의 경 피적 수술(3 차원 지도화 기능 포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141
	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F143
부정맥의 경 피적 수술(3 차원 지도화 기능 미포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151
	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F153
경피적 풍선 판막성형술	경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161
	경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162
선천성 심장 병 협착 질환 의 경피적 수 술	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술	F173
혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182
말 초 동 맥 의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195
기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200
체내 심박조	영구적 심박조율기 설치술	F211

대분류명	수술명	수술코드
울기 설치술 (급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 교환술	F212
	심박조율기 제거 및 전환술	F213
기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220
순환 장애 절단술 (수족부 제외)	순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230
순환 장애 수족부 절단술	순환 장애 수족부 절단술	F240
정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 국소 절제술	F252
	정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253
	정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254
기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260
식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011
	기타 주요 식도 수술	G012
	기타 단순 식도 수술	G013
직 장 절 제 술 (림프절절제 동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022
직 장 절 제 술 (림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032
경향문 및 경천골 접근 직장절제술	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041
	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042
주요 십이지장 수술	주요 십이지장 수술	G050
식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060
위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071

대분류명	수술명	수술코드
	개복에 의한 위전절제술	G072
위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081
	개복에 의한 위아전절제술	G082
기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091
	개복에 의한 기타 위절제술	G092
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094
소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102
기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112
결장 및 직장 전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121
	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122
결 장 절 제 술 (림프절절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132
결 장 절 제 술 (림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142
기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152
소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172
	장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173
장루 수술	장루 수술	G180
횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190
탈장 수술, 서혜 및 대퇴 부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202
	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동)	G203

대분류명	수술명	수술코드
	반) 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204
총수절제술	복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211
	복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212
	개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213
	개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224
서혜 및 대퇴 부 탈장 수술 (장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230
복강경을 이 용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한 쪽	G241
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양 쪽	G242
개복에 의한 서혜 및 대퇴 부 탈장 수술 (장절제 미동 반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주 진단의 경우), 한쪽	G251
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주 진단이 아닌 경우), 한쪽	G252
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253
복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260
치핵 수술	주요 치핵 수술	G271
	단순 치핵 수술	G272
항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281
	단순 항문 주위 농양 수술	G282
치루 수술	주요 치루 수술	G291
	단순 치루 수술	G292
치열 수술 및	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300

대분류명	수술명	수술코드
항 문 협 착 증 수술		
경향문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311
	직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312
화농성한선염 수술	화농성한선염 수술	G320
기타 소화기 계 수술	기타 소화기계 수술	G332
소화기계 질 환의 혈관색 전술	소화기계 질환의 혈관색전술	G340
위내시경 시술	위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503
	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504
	위내시경 시술, 당일퇴원	G505
결장경 시술	결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523
	결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524
	결장경 시술, 당일퇴원	G525
구 불 결 장 경 시술	구불결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G533
	구불결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G534
소화기 내시 경 시술, 화학 요법을 동반 한 경우, 재원 기간 2일 이 상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540
소 장 내 시 경 시술	소장내시경 시술	G550
소화관 협착 을 위한 방사 선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560
소화기계 질환의 경피 적 배액술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570

대분류명	수술명	수술코드
간 담 도 체 장 복합수술	간담도체장 복합수술	H010
간담도 복합수술	주요 간담도 복합수술	H021
	기타 간담도 복합수술	H022
담도체장 복합수술	담도체장 복합수술	H030
간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044
간 수술	복강경을 이용한 간 수술	H051
	개복에 의한 간 수술	H052
간담도계 질 환 치료를 위 한 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060
담도 절제술 (림프절 절제 동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072
담도 절제술 (림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082
주요 담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092
담낭절제술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조 루술 동반)	H101
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조 루술 미동반)	H107

대분류명	수술명	수술코드
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108
체장절제술	복강경을 이용한 체장절제술	H111
	개복에 의한 체장절제술	H112
체장 수술	복강경을 이용한 체장 수술	H121
	개복에 의한 체장 수술	H122
기타 간담도 및 체장 시술	역행성담췌관내시경 시술	H142
	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143
	기타 간담도 및 체장 수술	H144
	경피적 담관경 시술	H145
	경피적 담관 시술	H146
간담도 및 체장의 경피적 시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152
	담도협착을 위한 경피적 시술	H154
	담석제거를 위한 경피적 시술	H155
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500
간암의 경피적 치료술	간암의 경피적 치료술	H510
간담도 및 체장 질환의 경피적 배액술	간담도 및 체장 질환의 경피적 배액술	H520
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012
고관절 재치환술 및 치환술	고관절 전재치환술	I021
	고관절 전치환술	I022
	고관절 부분치환술	I023
슬관절 재치환술 및 치환술	슬관절 전재치환술	I031
	슬관절 전치환술	I032

대분류명	수술명	수술코드
술	슬관절 부분치환술	I033
기타 관절 재치환술 및 치환술	기타 관절 전재치환술	I041
	기타 관절 전치환술	I042
	기타 관절 부분치환술	I043
	인공관절삽입물 제거술	I044
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	I061
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	I071
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	I081
	척추고정술(척수병증 미동반)	I082
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092
신경조절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102
절단술	주요 절단술	I111
	기타 절단술	I112
골종양의 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122

대분류명	수술명	수술코드
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123
	골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124
골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131
	골수염 및 농양 수술(기타)	I132
	근농양 배농술	I133
고관절 및 대퇴부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142
상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	I160
단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	I171
	단단성형술(수족지)	I172
견부 수술	회전근개 수술	I185
	관절와순 수술	I186
	기타 견부 수술	I187
슬부 수술	십자인대 수술	I191
	반달연골 수술, 양쪽	I192
	반달연골 수술, 한쪽	I193
	기타 슬관절 수술	I194
주관절 및 전완부 수술	주관절 및 전완부 수술	I200
족부 및 족관 절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211
	족관절 골연골 병변 수술	I212
	기타 족부 및 족관절 수술	I213
고정장치 제거술	고정장치 제거술	I220
완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	I251
	단순 완관절 및 수부 수술	I252
미세혈관 조직이식 및 피부이식	미세혈관 조직이식	I261
	기타 피판술	I262
	피부 및 지방 이식술	I263
연조직 수술	복잡한 연조직 수술	I271
	주요 연조직 수술	I272

대분류명	수술명	수술코드
	단순 연조직 수술	I273
기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	I281
	대퇴부 골절 수술	I282
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283
	족관절 및 족부 골절 수술	I284
	견부 및 상완골 골절 수술	I285
	전완부 골절 수술	I286
	수부 골절 수술	I287
기타 결합조 직 수술	기타 결합조직 수술	I290
복잡 인공 관절치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302
	복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305
	복잡 인공관절부분치환술	I306
복잡 척추 수술	복잡 척추고정술	I311
	복잡 척추후궁절제술	I312
복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321
	복잡 관절고정술	I322
	복잡 사지관절절제술	I323
	복잡 가관절수술	I324
	복잡 반월판연골절제술	I325
	복잡 회전근개 또는 관절와순 수술	I326
복잡 근골격 계 염증성 질환수술	복잡 화농성관절염절개술	I331
	복잡 골수염 및 농양수술	I332
근골격계 질환의 경피적 배액술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500
피부, 피하조직 및 유방 질환	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010

대분류명	수술명	수술코드
환에 대한 미 세혈관 조직 이식		
피판술, 피부 이식술 및 변 연 절제술(피 부궤양, 봉소 염의 경우)	피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022
피판술, 피부 이식술 및 변 연 절제술(피 부궤양, 봉소 염 제외)	피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032
기타 피부, 피하조직수술	피부 및 연조직 악성종양 절제술	J041
	피부 및 연조직 수술	J042
	기타 피부, 피하조직수술	J043
유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051
	보형물을 이용한 유방재건술	J052
주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062
	유방절제술(악성종양 제외)	J063
단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071
	절개에 의한 단순 유방 수술	J072
액와 수술	액와 림프 수술	J080
기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090
항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100
교감신경절제 술	교감신경절제술	J110
내분비, 영양 및 대사장애	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012

대분류명	수술명	수술코드
절단술		
뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021
	복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023
	단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024
부신 수술	복강경을 이용한 부신 수술	K031
	개복에 의한 부신수술	K032
내분비, 영양 및 대사장애 피 부이식 및 상처 변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043
부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052
주요 갑상선 악 성 종양 수술	주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063
	주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064
주요 갑상선 악성 종양 제 외 수술	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075
	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076
기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080
기타 내분비, 영양 및 대사 장애 수술	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490
복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010
신장 및 비뇨 기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021
	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025
	전립선 신생물 수술	L026
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027
신장 및 신우 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032

대분류명	수술명	수술코드
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033
	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034
요관 수술	요관 수술	L040
방광 수술	방광 수술	L051
	경피적 방광 수술	L052
	경요도 방광 수술	L053
전립선 수술	전립선 수술	L060
요도 수술	주요 요도 수술	L071
	요도경하 요도 수술	L072
	기타 요도 수술	L073
	복잡 요실금 수술	L074
	단순 요실금 수술	L075
요로 결석 수술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082
	경요도적 요관 결석 수술	L083
	방광 및 요도 결석 수술	L084
	연성내시경하 수술	L085
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102
요로 질환 수술	경요도 요로 질환 수술	L111
	외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120
기타 신장 및 비뇨기계	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132

대분류명	수술명	수술코드
시술	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134
방광요도경 시술	방광요도경 시술	L510
신장 및 비뇨 기 질환의 경 피적 배액술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520
신장 및 비뇨 기 질환의 경 피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530
남성 골반 수술	남성 골반 수술	M010
전립선 적출술	주요 전립선 적출술	M021
	기타 전립선 적출술	M022
기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030
음경 수술	복잡 음경 수술	M041
	단순 음경 수술	M042
	페이로니 병 수술	M043
포경 수술	포경수술	M050
요도 수술	주요 요도 수술	M061
	단순 요도 수술	M062
음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071
	단순 음낭 수술	M072
고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082
	단순 고환 수술	M083
기타 고환 수 술 및 생식기 적출술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091
	개복에 의한 정계정맥류	M092
	고환 및 생식기 적출술	M093
기타 남성생 식기계 시술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101

대분류명	수술명	수술코드
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102
방광요도경 시술	방광요도경 시술	M500
자궁수술(악성 종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우) 개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011 N012
주요 자궁절 제술(악성종 양 제외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외) 개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021 N022
단순 자궁수 술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외) 개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031 N032
난소 및 부속 기 수술(악성 종양의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우) 개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041 N042
난소수술(악 성종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외) 개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N051 N052
부속기수술 (악성종양 제 외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외) 개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061 N062
자궁경부, 질 및 외음부수 술(악성종양 의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경 우) 개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071 N072
자궁경부, 질 및 외음부수 술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외) 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081 N082
기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술 개복에 의한 기타 골반 수술	N091 N092
주요 여성생 식기계 복원 술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술 개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N101 N102
기타	기타 여성생식기계 복원술	N110

대분류명	수술명	수술코드
여성생식기계 복원술		
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121
자궁경 수술	자궁경 수술	N130
자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141
기타 여성생 식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161
	개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162
여성생식기계 경피적 혈관 수술	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180
제왕절개분만 (단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	O011
	고위험 제왕절개분만(단태아)	O012
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013
제왕절개분만 (다태아)	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022
	일반 제왕절개분만(다태아)	O023
	고위험 제왕절개분만(다태아)	O024
자궁외 임신 주요 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082
자궁외 임신 기타 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092
자궁경관 봉축술	치료적 자궁경관봉축술	O102
분만 및 유산 후 관련 장애 (수술 시행)	분만 및 유산 후 관련 장애(수술 시행)	O110
자궁소파술 및 흡인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	O120
분만 및 유산 관련 자궁적 출술	분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130
분만 및 산욕	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술	O141

대분류명	수술명	수술코드
기의 경피적 혈관 수술	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	O142
비장 절제술	소아의 비장 절제술	Q011
	성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012
	성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013
림프종 및 백 혈병(주요 수 술 시행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010
기타 신생물 질환(주요 수 술 시행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020
다발성 중요 외상 치료목 적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010
다발성 중요 외상 치료목 적의 근골격 계 주요 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020
다발성 중요 외상 치료목 적의 복부 수 술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030
다발성 중요 외상 치료목 적의 기타 수 술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040
다발성 중요 외상 치료목 적의 복부 혈 관색전술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	W050
하지 손상의 미세혈관 조 직이식 및 피 부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011
	하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012

대분류명	수술명	수술코드
수부 손상의 미세혈관 조 직이식 및 피 부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021
	수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022
기타 손상의 미세혈관 조 직이식 및 피 부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030
하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술	X041
	하지 손상의 기타 수술	X042
수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술	X051
	수부 손상의 기타 수술	X052
기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060
중증 화상(피 부 이식 동반)	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010
중등도 화상 (피부이식 혹 은 흡입손상 을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020

주) 1. 상기의 수술코드는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여, 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 ‘한국형 진단명기준환자군 (Korean Diagnosis Related Group, KDRG)’ 분류체계에 따라 분류되는 경우에 부여된 ‘ADRG(Adjacent DRG)’ 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

2. ‘KDRG 버전 4.6’에서 분류된 ‘ADRG’ 중 다음의 ‘ADRG’는 보장하지 않습니다.

- ① ‘ADRG’에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)를 제외하고 2, 3번째 자리에 해당하는 숫자가 ‘60~99’에 해당하는 경우

(예시) “ADRG”가 “B601”의 경우 첫번째 자리[알파벳(“B”)]를 제외하고 2, 3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 보장하지 않습니다.

- ② ‘KDRG 버전 4.6’에서 규정한 ‘Error DRG’ 및 ‘960 DRG’

– Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ ‘Error DRG’이라 함은 주진단 범주(MDC)와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

(예시) 거미막하출혈로 진단받고 경피적심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

– ‘960 DRG’이라 함은 ‘Error DRG’는 아니지만 입원 2일 이내에 조기사망한 환자(신생

아 제외)를 뜻합니다.

③ <급여수술 분류표>에서 정한 수술에 해당하지 않는 사항

3. 수술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.6(2025.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2024-258호, 2024.12.18.)에서 정의된 진료행위코드 및 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG 코드 및 진료행위코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경된 ADRG 코드 및 진료행위코드 분류번호에 준하여 수술코드 및 ADRG를 결정합니다.
4. 주1에도 불구하고 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 '수술코드'를 확인할 수 있는 경우도 포함합니다.

[별표 4]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제26조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
급여수술 보험금 (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 제2항)	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 이유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제11조(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.

급여수술[원인]특약 |갱신형,무배당_TW 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 제13조(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. 수술 보장 대상 질병 및 재해 : ‘[별표 11]수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표’에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

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

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

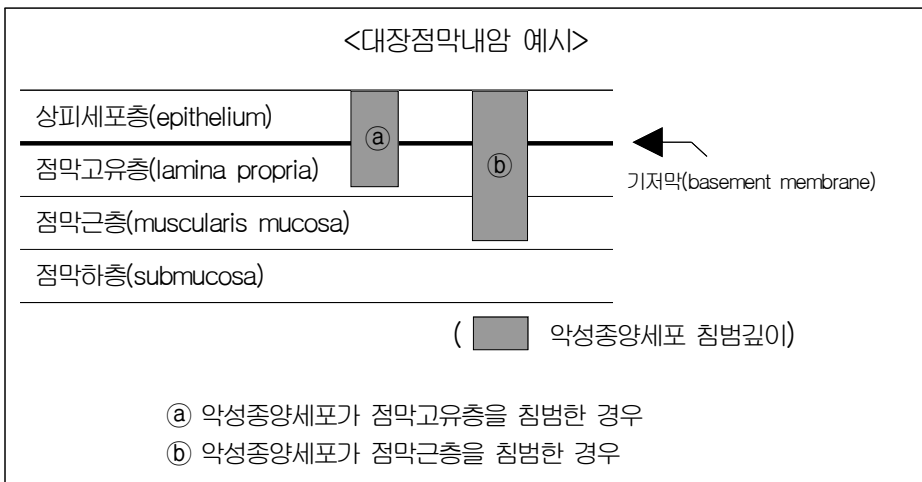
가. 갱신일 : 이 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

나. 연간 : 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘암’등의 정의 및 진단확정】

- 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 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 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 【‘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

제5조 【‘뇌질환’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘뇌질환’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표7] ‘뇌질환 분류표’에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매, 과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar Infarction)으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- ② ‘뇌질환’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 근거로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 피보험자가 ‘뇌질환’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 ‘뇌질환’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, 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 이

상유무를 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」 제11조의3에 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 【‘심장질환’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 ‘심장질환’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 8] ‘심장질환 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘심장질환’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, 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 ‘심장질환’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 ‘심장질환’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, 골주사 검사 등)

제7조 【‘4대질환’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘4대질환’은 한국표준질병·사인분류 중 [별표 9] ‘4대질환 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘4대질환’의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 해당분야의 의사 또는 한의사 면허를 가진 자에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 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 ‘4대질환’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 ‘4대질환’으로 확정되거나 추정되는 경우

제8조 【‘특정재해’의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에서 ‘특정재해’는 한국표준질병·사인분류 중 [별표 10] ‘특정재해 분류표’에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘특정재해’의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및

한 의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사 제외) 또는 한 의사 면허를 가진 자에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제9조 【‘급여수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘급여수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 ‘암’, ‘대장점막내암’, ‘뇌질환’, ‘심장질환’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’, ‘경계성종양’, ‘4대질환’, 및 ‘특정재해’로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한 의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한 의사의 관리 하에 ‘[별표 12]급여수술 분류표’에서 정한 수술코드(이하 ‘수술코드’라 합니다)에 해당하는 행위를 하는 것을 말합니다.

【약관용어 설명】

- ‘**치료를 직접목적으로**’란 피보험자가 해당 질환을 제거하거나 해당 질환의 증상을 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)

- ② 제1항의 수술코드는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 ‘요양급여’라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘의료급여’라 합니다) 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고, “한국형 진단명기준환자군(Korean Diagnosis Related Group, KDRG)”분류체계에 따라 분류되는 경우에 부여하는 “ADRG(Adjacent DRG)” 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

【한국형 진단명기준환자군 (KDRG(Korean Diagnosis Related Group))】

- **한국형 진단명기준환자군(KDRG(Korean Diagnosis Related Group))**란 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]

- ADRG(Adjacent DRG)란 KDRG의 분류과정 중에서 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)에 따라 입원환자를 분류한 다음 '그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다. '이 약관에서는 KDRG의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

- ③ 제1항의 수술코드에서 향후 'ADRG'의 개정으로 동일한 수술에 대해 수술코드가 변경되는 경우 이 특약 체결 시점에서 정한 수술코드를 따릅니다. 다만, 이 특약 체결 시점 이후 'ADRG'가 신규 추가되는 경우 회사는 '[별표 12]급여수술 분류표'의 구분에 준하여 수술코드를 결정합니다.

[설명 및 예시]

이 특약 체결시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010(KDRG 버전 4.6)이었으나, 피보험자가 간이식 수술을 받은 시점 수술코드가 A080(예시. KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.6) 코드를 받은 것에 준하여 보험금 지급여부를 판단합니다.

- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결 시점에서 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.
- ⑤ 제1항의 '급여수술'은 [건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2024-258호, 2024.12.18)] 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy), 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료 및 양성자 치료는 '급여수술'에 포함하여 보장합니다.

제10조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① 제9조('급여수술'의 정의와 장소) 제1항에서 정한 '급여수술'이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적인

고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 ‘급여수술’이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 ‘급여수술’이 변경되어 제13조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수 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) 또는 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 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계약 내용 변경시점의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

제11조 【‘입원’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘입원’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 ‘암’, ‘대장점막내암’, ‘뇌질환’, ‘심장질환’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’, ‘경계성종양’, ‘4대질환’ 또는 ‘특정재해’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.
- ② 이 특약에 있어서 ‘당일입원’이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제12조 【‘통원’의 정의와 장소】

이 특약에서 ‘통원’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 ‘암’, ‘대장점막내암’, ‘뇌질환’, ‘심장질환’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’, ‘경계성종양’, ‘4대질환’ 또는 ‘특정재해’로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제13조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 급여수술보험금([별표1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘암’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘급여수술’을 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 ‘대장점막내암’으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 ‘대장점막내암’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘급여수술’을 받았을 경우 : 암급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회한)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘뇌질환’으로 진단이 확정되고, 그 ‘뇌질환’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘급여수술’을 받았을 경우 : 뇌질환급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회한)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘심장질환’으로 진단이 확정되고, 그 ‘심장질환’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘급여수술’을 받았을 경우 : 심장질환급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회한)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘4대질환’으로 진단이 확정되고, 그 ‘4대질환’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘급여수술’을 받았을 경우 : 4대질환급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회한)
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고, 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘급여수술’을 받았을 경우 : 소액질병급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회한)

6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘특정재해’로 진단이 확정되고, 그 ‘특정재해’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘급여 수술’을 받았을 경우 : 특정재해급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회한)

제14조 【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 계약해당일 전일’ 이전에 제13조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암급여수술보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유가 발생 시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ④ 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제13조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 뇌질환급여수술보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유가 발생 시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제13조(보험금의 지급사유) 제3호에서 정한 심장질환급여수술보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유가 발생 시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제13조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제6호에 해당하는 경우 각각 연간 1회를 한도로 해당 급여수술보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 1회의 입원 중 2가지 이상의 수술을 받고 퇴원하더라도 피보험자의 퇴원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 급여수술보험금을 지급합니다. 또한, 피보험자가 1회의 통원 중 2가지 이상의 수술을 받은 경우 피보험자의 통원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 급여수술보험금을 지급합니다.

[설명]

- “ADRG”는 1회의 입원기간 중 2가지 이상의 수술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.
 - “ADRG”는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 제13조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금이 가장 높은 하나의 수술코드에 한하여 급여수술보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’의 동일한 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제13조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑩ 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 보험기간 종료일부터 180일 이내 (피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제13조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보장합니다.
- ⑪ 제7항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술(수술코드상 J051 또는 J052, 이하 동일)과 유방절제술(수술코드상 J061 또는 J062를 말하며, J063은 제외, 이하 동일)을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술이 아니라 유방절제술에 해당하는 수술코드가 발생한 것으로 보아 해당 급여수술보험금만 보장합니다. 다만, 그 수술코드(유방절제술)로 ‘임’ 또는 ‘경계성종양 및 제자리암’에 대한 급여수술보험금을 지급받은 보장횟수가 각 연간 1회를 초과하는 경우에는 해당 급여수술보험금을 지급하지 않습니다.

[설명]

- 피보험자가 입원을 하고 유방재건술(J051)과 유방절제술(J061)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ‘ADRG’는 유방재건술(J051)입니다. 다만, 이 경우 회사는 제11항에 따라 유방재건술(J051)에 해당되는 **급여수술보험금**이 아니라 유방절제술(J061)에 해당하는 **급여수술보험금**을 보장합니다.
- ⑫ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 시술명 등으로 이 보장에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우에 한하여 회사는 제9조(급여

수술'의 정의와 장소) 제1항에서 정한 '급여수술'에 포함하여 보장합니다.

- ⑬ 제8항에도 불구하고 제12항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 피보험자가 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 급여수술보험금과 제12항의 수술코드에 해당하는 급여수술보험금을 각각 지급합니다.
- ⑭ 보험수익자와 회사가 제13조(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.

제15조 【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 제13조(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.

제16조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비 영수증, 진료비 세부내역서(건강보험심사평가원 수가코드(EDI) 필수기입), 입원치료확인서, 통원치료확인서, 수술확인서(수술기록지 등) 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.

제17조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제16조(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.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘[별표 13] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.

[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)

- 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 제16조(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. 제14조(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 제20조(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.

제18조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제19조 【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(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>

제20조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제19조(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 제한 할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결당시에 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 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제19조(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 제30조(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

제21조 【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 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택가능
 2. 주계약이 「간편가입형Ⅱ」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택가능
- ③ 이 특약을 주계약 체결할 때 부가할 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제26조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- 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 사망한 경우
- ⑤ 제4항 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.
- ⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑦ 제6항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제16조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제17조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다

만, 제17조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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>

제22조 【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(단, 2형(간편가입형II))으로 가입시에 한함)

제23조 【회사의 보장개시】

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다. 다만, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제24조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제25조 【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.

【약관용어 설명】

- **보험수익자 변경 관련 설명** : 보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경전에 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 제32조(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>

제26조 【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 제29조(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. 제21조(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 제한된 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 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 제14조(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 제 129조(보험요율 산출의 원칙)를 준수하여 산출 됩니다.

제27조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 제26조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지가 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제28조 【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.

제29조 【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 제32조(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 관련 규정이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제30조 【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 제29조(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) 제19조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

- ⑤ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제23조(회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제31조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제31조의2 【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 제32조(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.

제32조 【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 13] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제31조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제33조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7관 기타사항

제34조 【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
암급여수술보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '암'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 '급여수술'을 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 '대장점막내암'으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 '대장점막내암'의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 '급여수술'을 받았을 경우 (입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회한)	200만원 (다만, 최초 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
뇌질환급여수술보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '뇌질환'으로 진단이 확정되고, 그 '뇌질환'의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 '급여수술'을 받았을 경우 (입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회한)	200만원 (다만, 최초 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
심장질환급여수술보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '심장질환'으로 진단이 확정되고, 그 '심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 '급여수술'을 받았을 경우 (입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회한)	200만원 (다만, 최초 계약일부터 '1년이 지난 계약해당일 전일' 이전에 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
4대질환 급여수술보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '4대질환'으로 진단이 확정되고, 그 '4대질환'의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 '급여수술'을 받았을 경우 (입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회한)	100만원

소액질병 급여수술보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고, 그 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘급여 수술’을 받았을 경우 (입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회한)	50만원
특정재해 급여수술보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘특정재해’로 진단이 확정되고, 그 ‘특정재해’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘급여 수술’을 받았을 경우 (입원 또는 통원 1회당 1회한, 연간 1회한)	50만원

- 주) 1. 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제13조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암급여수술보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유가 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제13조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 뇌질환급여수술보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유가 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
3. 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 제13조(보험금의 지급사유) 제3호에서 정한 심장질환급여수술보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유가 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
4. 이 특약에서 ‘암’이란 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암을 제외한 암을 의미합니다.
5. ‘연간’이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
6. ‘급여수술’이라 함은 제9조(‘급여수술’의 정의와 장소) 제1항에서 정한 행위를 받은 경우를 말합니다.
7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 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 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 계약 제3조('암' 등의 정의 및 진단확정) 제4항 및 제7항에서 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]

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.

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

주) 1. 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 진단 확정)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.

대상이 되는 질병	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	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5제외)
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 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 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]

뇌질환 분류표

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

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69
수막의 양성 신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
두개인두관의 양성 신생물	D35.3
송과선의 양성 신생물	D35.4

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘뇌질환’ 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 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 8]

심장질환 분류표

- ① 이 약관에서 정의하는 ‘심장질환’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 보장하는 ‘심장질환’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
급성 류마티스열	I00~I02
만성 류마티스심장질환	I05 ~ I09
허혈심장질환	I20 ~ I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26 ~ I28
기타 형태의 심장병	I30 ~ I52
[A18.83† : 심장의 결핵] - 심근의 결핵(I41.0*) - 심내막의 결핵(I39.8*) - 심장막의 결핵(I32.0*)	A18.83†
[A39.5† : 수막알균성 심장병] - 수막알균성 심근염(I41.0*) - 수막알균성 심내막염(I39.8*) - 수막알균성 심장막염(I32.0*) - 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†
[B37.6† : 칸디다심내막염(I39.8*)]	B37.6†
심장의 양성 신생물	D15.1

주) 제10차 개정이후 보장하는 ‘심장질환’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 9]

4대질환 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘4대질환’으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인 분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 보장하는 ‘4대질환’ 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
간질환	바이러스간염 간의 질환 [A06.4† : 아메바성 간농양(k77.0*)] - 간아메바증(k77.0*) [B25.1† : 거대세포바이러스간염(k77.0*)] [B58.1† : 독소포자충간염(k77.0*)] 간의 양성 신생물	B15~B19 K70~K77 A06.4† B25.1† B58.1† D13.4
폐질환	만성 하부호흡기질환 외부요인에 의한 폐질환 주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기질환 하기도의 화농성 및 괴사성 병태 달리 분류되지 않은 흉막삼출액 달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액 흉막판 기타 흉막의 병태 달리 분류되지 않은 처치후 호흡장애 달리 분류되지 않은 호흡부전 기관의 양성 신생물 기관지 및 폐의 양성 신생물	J40 ~ J47 (단, J45, J46 제외) J60~J70 J80~J84 J85~J86 J90 J91 J92 J94 J95 J96 D14.2 D14.3
체장 질환	급성 체장염 체장의 기타 질환 달리 분류된 질환에서의 체장장애 [B25.2† : 거대세포바이러스체장염(k87.1*)] [B26.3† : 볼거리체장염(k87.1*)] 체장의 양성 신생물(내분비체장은 제외) 내분비체장의 양성 신생물	K85 K86 K87.1* B25.2† B26.3† D13.6 D13.7
동정맥 질환	죽상경화증 대동맥동맥류 및 박리 기타 동맥류 및 박리 동맥색전증 및 혈전증 문맥혈전증 기타 정맥의 색전증 및 혈전증 식도정맥류 음낭정맥류 위정맥류	I70 I71 I72 I74 I81 I82 I85 I86.1 I86.4

주) 제10차 개정 이후 보장하는 ‘4대질환’ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 10]

특정재해 분류표

① 이 약관에서 정의하는 ‘특정재해’로 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 보장하는 ‘특정재해’ 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
두개내손상	S06
심장의 손상	S26
기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
복강내기관의 손상	S36
비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

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

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

[별표 11]

수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표

1. 보장대상이 되는 수술 보장 대상 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 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 수술 보장 대상 질병 및 재해

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

- ① 다음의 “가~마”에 해당하는 사항
 - 가. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 - 나. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
 - 다. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)
 - 라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

마. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증 (N96~N98)

- ② 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우
- ③ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ④ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑤ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
- ⑥ 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 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’ 해당 여부를 판단합니다. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’ 해당여부는 피보험자가 진단(사고 발생)된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 진단(사고 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해 분류’가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’ 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 ‘1.보장대상이 되는 수술 보장 대상 질병 및 재해 ②’에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

[별표 12]

급여수술 분류표

대분류명	수술명	수술코드
간 이식	간 이식	A010
폐 이식	폐 이식	A020
심장 이식	심장 이식	A030
췌장 이식	췌장 이식	A040
소장 이식	소장 이식	A050
조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062
신장 이식	신장 이식	A070
체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080
기관 절개술	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096
사지 이식	사지 이식	A100
뇌동맥류 수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017
	뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018
뇌혈관 수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021

대분류명	수술명	수술코드
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024
	경피적 뇌혈관 수술(협착 · 폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027
혈중제거술 및 기타개두술(외 상 제외)	혈중제거술(외상 제외)	B031
	두개내 감압술(외상 제외)	B032
	두개골 성형술(외상 제외)	B033
두개외 혈관수 술	두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041
	두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042
	경피적 두개외 혈관수술	B043
뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050
뇌종양 절제술	복잡 천막상부 종양절제술	B061
	단순 천막상부 종양절제술	B062
	복잡 천막하부 종양절제술	B063
	단순 천막하부 종양절제술	B064
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065
	경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066
신경계 신경 자 극기설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070
뇌전증 수술	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082
정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096
뇌신경 수술	뇌신경 수술	B100
뇌척수액 우회	뇌척수액 우회로조성술	B110

대분류명	수술명	수술코드
로조성술		
외상 개두술	혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121
	혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122
	혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123
	두개내 감압술(외상 관련)	B124
	두개골 성형술(외상 관련)	B125
기타 개두술	기타 개두술	B130
천두술	천두술(경막하 또는 경막외)	B141
	천두술(뇌내)	B142
	천두술(기타)	B143
척추강내 병소 절제술	척수내 종양절제술	B151
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154
척추변형 척추 고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	B161
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	B171
	척추고정술(척수병증 미동반)	B172
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182
신경조절술 및 척추강내 약물 주입 펌프이식 술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192
기타 신경계 수	주요 말초 및 뇌신경 수술	B201

대분류명	수술명	수술코드
술	기타 말초 및 뇌신경 수술	B202
	수근관 이완술	B203
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204
	기타 신경계 수술	B205
복잡 척추수술	복잡 척추고정술	B211
	복잡 척추후궁절제술	B212
안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	C011
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013
	후안부 관통상 수술	C014
안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	C021
	복잡 안와 수술, 양쪽	C022
	단순 안와 수술	C023
안구 수술(종양 수술 포함)	안구 수술(종양 수술 포함)	C030
망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술(망막주위막제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043
	망막 및 유리체 수술(망막주위막제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044
	망막 및 유리체 수술(망막주위막제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045
	망막 및 유리체 수술(망막주위막제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046
안구 표면재건술	주요 각막이식수술	C051
	기타 각막이식수술	C052
	공막 및 각막윤부이식수술	C053
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062
	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064
수정체 대절개 수술(유리체 절	주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071

대분류명	수술명	수술코드
제술 유무와 무관)	기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072
	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073
후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	C080
녹내장 수술	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091
	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092
	단순 녹내장 수술	C095
기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101
	기타 단순 안구내 수술	C102
사시 수술	복잡 사시 수술	C111
	단순 사시 수술	C112
안검 수술	복잡 안검 수술, 제1형	C121
	복잡 안검 수술, 제2형	C122
	복잡 안검 수술, 제3형	C123
	주요 안검 수술, 제1형	C124
	주요 안검 수술, 제2형	C125
	주요 안검 수술, 제3형	C126
	기타 안검 수술	C127
눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136
결막 수술	결막낭 재건술	C141
	복잡 결막 수술	C142
	단순 결막 수술	C143
기타 안구외 수술	기타 안구외 수술	C150
내이 수술	귀 이식술	D011

대분류명	수술명	수술코드
	주요 내이 수술	D012
	단순 내이 수술	D013
중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021
	유양돌기 수술	D022
	고실 수술	D023
	이소골 재건술	D024
	등골수술	D025
	환기관삽입 고막절개술	D026
외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031
	단순 외이 및 귀 수술	D032
귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042
부비동 개방 수술	부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051
	부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052
	부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053
	부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054
내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068
코 수술	주요 코 수술	D081
	비중격 및 비갑개수술	D082
	단순 코 수술	D083
구강 및 타액선 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090
후두 및 인두 악성종양 수술	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102
경부림프절절제	경부림프절절제술, 한쪽	D111

대분류명	수술명	수술코드
술	경부림프절제술, 양쪽	D112
안면골 수술	악관절 수술	D121
	주요 안면골 수술	D122
	단순 안면골 수술	D123
두경부 재건술	두경부 재건술	D130
타액선 수술	이하선수술	D141
	악하선 및 설하선 수술	D142
	기타 타액선 수술	D143
	타석제거술	D144
경부 수술	경부 수술	D150
편도 및 아데노이드 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162
구강, 인후두 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172
기타 이비인후, 구강 질환 수술	기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200
주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011
	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013
	기타 폐 수술	E014
	종격동 수술	E015
	주요 흉곽 수술	E016
	기타 흉곽 수술	E017
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019
기관지경 및 방사선하 수술	기관지경 및 방사선하 수술	E020
기타 호흡기계 수술	수면무호흡증후군 수술	E032
	호흡기계 기타 단순 수술	E033
	기타 호흡기계 수술	E034
폐농양 배액술	폐농양 배액술	E520

대분류명	수술명	수술코드
흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530
자동체내제세동기 시술	자동체내제세동기 설치술 또는 제거술 자동체내제세동기 교정술	F011 F012
심장판막 수술 (심도자술 사용)	대동맥판 수술(심도자술 사용) 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용) 폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F021 F022 F023
심장판막 수술 (심도자술 미사용)	대동맥판 수술(심도자술 미사용) 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용) 폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031 F032 F033
관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044
기타 심흉부 수술	심장 중격결손증 수술	F051
	기타 복잡 심장 기형 교정술	F052
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054
주요 혈관 복구 수술(인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063
주요 혈관 복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073
대동맥 경피적	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081

대분류명	수술명	수술코드
수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083
	대동맥박리 경피적 수술	F084
정맥 및 대정맥 경피적 수술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092
경도관 심장 결 손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103
급성 심근경색 증의 경피적 관 상동맥 수술(심 각한 합병증 동 반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동 반, 단일혈관)	F111
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동 반, 다발혈관)	F112
급성 심근경색 증의 경피적 관 상동맥 수술(심 각한 합병증 미 동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동 반, 단일혈관)	F121
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동 반, 다발혈관)	F122
급성 심근경색 증이 아닌 기타 경피적 관상동 맥 수술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈 관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈 관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈 관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈 관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136
부정맥의 경피 적 수술(3차원 지도화 기능 포 함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141
	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도 화 기능 포함)	F143
부정맥의 경피	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151

대분류명	수술명	수술코드
적 수술(3차원 지도화 기능 미포함)	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F153
경피적 풍선 판막성형술	경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161
	경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162
선천성 심장병 협착 질환의 경피적 수술	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술	F173
혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182
말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195
기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 설치술	F211
	영구적 심박조율기 교환술	F212
	심박조율기 제거 및 전환술	F213
기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220
순환 장애 절단술(수족부 제외)	순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230
순환 장애 수족부 절단술	순환 장애 수족부 절단술	F240
정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 국소 절제술	F252
	정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253
	정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254
기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260

대분류명	수술명	수술코드
식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011
	기타 주요 식도 수술	G012
	기타 단순 식도 수술	G013
직장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022
직장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032
경향문 및 경천골 접근 직장절제술	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041
	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042
주요 십이지장 수술	주요 십이지장 수술	G050
식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060
위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071
	개복에 의한 위전절제술	G072
위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081
	개복에 의한 위아전절제술	G082
기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091
	개복에 의한 기타 위절제술	G092
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094
소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102
기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112
결장 및 직장 전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121
	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122
결장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132

대분류명	수술명	수술코드
결장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142
기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152
소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172
	장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173
장루 수술	장루 수술	G180
횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202
	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204
충수절제술	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211
	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224
서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242

대분류명	수술명	수술코드
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253
복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260
치핵 수술	주요 치핵 수술	G271
	단순 치핵 수술	G272
항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281
	단순 항문 주위 농양 수술	G282
치루 수술	주요 치루 수술	G291
	단순 치루 수술	G292
치열 수술 및 항문협착증 수술	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300
경항문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311
	직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312
화농성 한선염 수술	화농성한선염 수술	G320
기타 소화기계 수술	기타 소화기계 수술	G332
소화기계 질환의 혈관색전술	소화기계 질환의 혈관색전술	G340
위내시경 시술	위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503
	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504
	위내시경 시술, 당일퇴원	G505
결장경 시술	결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523
	결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524
	결장경 시술, 당일퇴원	G525
구불결장경 시술	구불결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G533
	구불결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G534

대분류명	수술명	수술코드
소화기 내시경 시술, 화학요법 을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540
소장내시경 시 술	소장내시경 시술	G550
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560
소화기계 질환 의 경피적 배액 술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570
간담도췌장 복 합수술	간담도췌장 복합수술	H010
간담도 복합수 술	주요 간담도 복합수술 기타 간담도 복합수술	H021 H022
담도췌장 복합 수술	담도췌장 복합수술	H030
간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044
간 수술	복강경을 이용한 간 수술	H051
	개복에 의한 간 수술	H052
간담도계 질환 치료를 위한 단 락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060
담도 절제술(림 프절 절제 동 반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072
담도 절제술(림 프절 절제 미동 반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082

대분류명	수술명	수술코드
주요 담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092
담낭절제술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108
췌장절제술	복강경을 이용한 췌장절제술	H111
	개복에 의한 췌장절제술	H112
췌장 수술	복강경을 이용한 췌장 수술	H121
	개복에 의한 췌장 수술	H122
기타 간담도 및 췌장 시술	역행성담췌관내시경 시술	H142
	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143
	기타 간담도 및 췌장 수술	H144
	경피적 담관경 시술	H145
	경피적 담관 시술	H146
간담도 및 췌장의 경피적시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152
	담도협착을 위한 경피적 시술	H154
	담석제거를 위한 경피적 시술	H155
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500

대분류명	수술명	수술코드
간암의 경피적 치료술	간암의 경피적 치료술	H510
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012
고관절 재치환술 및 치환술	고관절 전재치환술	I021
	고관절 전치환술	I022
	고관절 부분치환술	I023
슬관절 재치환술 및 치환술	슬관절 전재치환술	I031
	슬관절 전치환술	I032
	슬관절 부분치환술	I033
기타 관절 재치환술 및 치환술	기타 관절 전재치환술	I041
	기타 관절 전치환술	I042
	기타 관절 부분치환술	I043
	인공관절삽입물 제거술	I044
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050
척추강내 병소절제술	척추내 종양절제술	I061
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	I071
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	I081
	척추고정술(척수병증 미동반)	I082
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084

대분류명	수술명	수술코드
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	1085
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	1086
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	1091
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	1092
신경조절술 및 척수강내 약물 주입 펌프이식 술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	1101
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거 술	1102
절단술	주요 절단술	1111
	기타 절단술	1112
골종양의 절제 술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	1121
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	1122
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	1123
	골양성종양의 소파술 또는 절제술	1124
골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	1131
	골수염 및 농양 수술(기타)	1132
	근농양 배농술	1133
고관절 및 대퇴 부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	1141
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	1142
상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	1160
단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	1171
	단단성형술(수족지)	1172
견부 수술	회전근개 수술	1185
	관절와순 수술	1186
	기타 견부 수술	1187
슬부 수술	십자인대 수술	1191
	반달연골 수술, 양쪽	1192
	반달연골 수술, 한쪽	1193
	기타 슬관절 수술	1194

대분류명	수술명	수술코드
주관절 및 전완부 수술	주관절 및 전완부 수술	I200
족부 및 족관절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211
	족관절 골연골 병변 수술	I212
	기타 족부 및 족관절 수술	I213
고정장치 제거술	고정장치 제거술	I220
완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	I251
	단순 완관절 및 수부 수술	I252
미세혈관 조직 이식 및 피부이식	미세혈관 조직이식	I261
	기타 피판술	I262
	피부 및 지방 이식술	I263
연조직 수술	복잡한 연조직 수술	I271
	주요 연조직 수술	I272
	단순 연조직 수술	I273
기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	I281
	대퇴부 골절 수술	I282
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283
	족관절 및 족부 골절 수술	I284
	견부 및 상완골 골절 수술	I285
	전완부 골절 수술	I286
	수부 골절 수술	I287
기타 결합조직 수술	기타 결합조직 수술	I290
복잡 인공관절 치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305
	복잡 인공관절부분치환술	I306

대분류명	수술명	수술코드
복잡 척추 수술	복잡 척추고정술	I311
	복잡 척추후궁절제술	I312
복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321
	복잡 관절고정술	I322
	복잡 사지관절절제술	I323
	복잡 가관절수술	I324
	복잡 반월판연골절제술	I325
	복잡 회전근개 또는 관절와순 수술	I326
복잡 근골격계 염증성 질환수술	복잡 화농성관절염절개술	I331
	복잡 골수염 및 농양수술	I332
근골격계 질환 의 경피적 배액 술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010
피판술, 피부이 식술 및 변연절 제술(피부계양, 봉소염의 경우)	피판술(피부계양, 봉소염의 경우)	J021
	피부 이식술(피부계양, 봉소염의 경우)	J022
피판술, 피부이 식술 및 변연절 제술(피부계양, 봉소염 제외)	피판술(피부계양, 봉소염 제외)	J031
	피부 이식술(피부계양, 봉소염 제외)	J032
기타 피부, 피하 조직수술	피부 및 연조직 악성종양 절제술	J041
	피부 및 연조직 수술	J042
	기타 피부, 피하조직수술	J043

대분류명	수술명	수술코드
유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051
	보형물을 이용한 유방재건술	J052
주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062
	유방절제술(악성종양 제외)	J063
단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071
	절개에 의한 단순 유방 수술	J072
액와 수술	액와 림프 수술	J080
기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090
항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100
교감신경절제술	교감신경절제술	J110
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012
뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021
	복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023
	단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024
부신 수술	복강경을 이용한 부신 수술	K031
	개복에 의한 부신수술	K032
내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식 및 상처변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043
부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052
주요 갑상선 악성 종양 수술	주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063
	주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075
	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076

대분류명	수술명	수술코드
기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080
기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490
복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021
	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025
	전립선 신생물 수술	L026
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027
신장 및 신우 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033
	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034
요관 수술	요관 수술	L040
방광 수술	방광 수술	L051
	경피적 방광 수술	L052
	경요도 방광 수술	L053
전립선 수술	전립선 수술	L060
요도 수술	주요 요도 수술	L071
	요도경하 요도 수술	L072
	기타 요도 수술	L073
	복잡 요실금 수술	L074
	단순 요실금 수술	L075
요로 결석 수술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082
	경요도적 요관 결석 수술	L083
	방광 및 요도 결석 수술	L084
	연성내시경하 수술	L085

대분류명	수술명	수술코드
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102
요로 질환 수술	경요도 요로 질환 수술	L111
	외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120
기타 신장 및 비뇨기계 시술	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134
방광요도경 시술	방광요도경 시술	L510
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530
남성 골반 수술	남성 골반 수술	M010
전립선 적출술	주요 전립선 적출술	M021
	기타 전립선 적출술	M022
기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030
음경 수술	복잡 음경 수술	M041
	단순 음경 수술	M042
	페이로니 병 수술	M043

대분류명	수술명	수술코드
포경 수술	포경수술	M050
요도 수술	주요 요도 수술	M061
	단순 요도 수술	M062
음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071
	단순 음낭 수술	M072
고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082
	단순 고환 수술	M083
기타 고환 수술 및 생식기 적출 술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091
	개복에 의한 정계정맥류	M092
	고환 및 생식기 적출술	M093
기타 남성생식 기계 수술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102
방광요도경 시 술	방광요도경 시술	M500
자궁 수술(악성 종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012
주요 자궁절제 술(악성종양 제 외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021
	개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N022
단순 자궁 수술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031
	개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032
난소 및 부속기 수술(악성종양 의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041
	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042
난소 수술(악성 종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051
	개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052

대분류명	수술명	수술코드
부속기 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061
	개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081
	자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082
기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091
	개복에 의한 기타 골반 수술	N092
주요 여성생식기계 복원술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101
	개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102
기타 여성생식기계 복원술	기타 여성생식기계 복원술	N110
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121
자궁경 수술	자궁경 수술	N130
자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141
기타 여성생식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161
	개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162
여성생식기계 경피적 혈관 수술	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180
제왕절개분만(단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	O011
	고위험 제왕절개분만(단태아)	O012
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013

대분류명	수술명	수술코드
제왕절개분만 (다태아)	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022
	일반 제왕절개분만(다태아)	O023
	고위험 제왕절개분만(다태아)	O024
자궁외 임신 주 요 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082
자궁외 임신 기 타 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092
자궁경관봉축술	치료적 자궁경관봉축술	O102
분만 및 유산 후 관련 장애(수술 시행)	분만 및 유산 후 관련 장애(수술 시행)	O110
자궁소파술 및 흡인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	O120
분만 및 유산 관 련 자궁적출술	분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130
분만 및 산욕기 의 경피적 혈관 수술	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술	O141
	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	O142
비장 절제술	소아의 비장 절제술	Q011
	성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012
	성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013
림프종 및 백혈 병(주요 수술 시 행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010
기타 신생물 질 환(주요 수술 시 행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020
다발성 중요 외 상 치료목적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010

대분류명	수술명	수술코드
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	W050
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011
	하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021
	수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030
하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술	X041
	하지 손상의 기타 수술	X042
수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술	X051
	수부 손상의 기타 수술	X052
기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060
중증 화상(피부 이식 동반)	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010
중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020

- 주) 1. 상기의 수술코드는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여, 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 “한국형 진단명기준환자군 (Korean Diagnosis Related Group, KDRG)”분류체계 따라 분류되는 경우에 부여하는 ‘ADRG(Adjacent DRG)’ 중 회사가 정한 코드를 말합니다.
2. ‘KDRG 버전 4.6’에서 분류된 ‘ADRG’ 중 다음의 ‘ADRG’는 보장하지 않습니다.
- ① ‘ADRG’에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)를 제외하고 2, 3번째 자리에 해당하는 숫자가 ‘60~99’에 해당하는 경우
- (예시) "ADRG"가 "B601"의 경우 첫번째 자리[알파벳("B")]를 제외하고 2, 3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60"이므로 보장하지 않습니다.
- ② ‘KDRG 버전 4.6’에서 규정한 ‘Error DRG’ 및 ‘960 DRG’
- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999
 - ※ ‘Error DRG’이라 함은 주진단 범주(MDC)와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.
- (예시) 거미막하출혈로 진단받고 경피적심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.
- ‘960 DRG’이라 함은 ‘Error DRG’는 아니지만 입원 2일 이내에 조기사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다.
- ③ <급여수술 분류표>에서 정한 수술에 해당하지 않는 사항
3. 수술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.6(2025.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2024-258호, 2024.12.18.)에서 정의된 진료행위코드 및 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG 코드 및 진료행위코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경된 ADRG 코드 및 진료행위코드, 분류번호에 준하여 수술코드 및 ADRG를 결정합니다.
4. 주1에도 불구하고 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 ‘수술코드’를 확인할 수 있는 경우도 포함합니다.

[별표 13]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제4조 제5항 및 제32조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
암급여수술보험금 (제13조 제1호), 뇌질환급여수술보험금 (제13조 제2호), 심장질환급여수술보험금 (제13조 제3호), 4대질환급여수술보험금 (제13조 제4호), 소액질병급여수술보험금 (제13조 제5호), 특정재해급여수술보험금 (제13조 제6호),	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 (제32조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	-1년 이내 : 평 균 공 시 이 율 의 50% -1년 초과기간 : 평 균 공 시 이 율 의 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 이유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제17조(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.

급여수술[방법]특약 |갱신형,무배당_TW 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 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. 지급사유 관련 용어

수술 보장 대상 질병 및 재해 : ‘[별표 2] 수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표’에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.

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

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

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 갱신일 : 이 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

나. 연간 : 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘급여수술’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에서 ‘급여수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리하에 ‘[별표 3]급여 수술 분류표’에서 정한 수술코드(이하 ‘수술코드’라 합니다)에 해당하는 행위를 받은 경우를 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)

- ② 제1항의 수술코드는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 ‘요양급여’라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘의료급여’라 합니다) 절차를 거쳐 수술 항목에서 급여항목이 발생하고, “한국형 진단명기준환자군(Korean Diagnosis Related Group, KDRG)”분류체계에 따라 분류되는 경우에 부여하는 ‘ADRG(Adjacent DRG)’ 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

[한국형 진단명기준환자군 (KDRG(Korean Diagnosis Related Group))]

- **한국형 진단명기준환자군 (KDRG(Korean Diagnosis Related Group))**이란 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]

- **ADRG(Adjacent DRG)**란 KDRG의 분류과정 중에서 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)에 따라 입원환자를 분류한 다음 ‘그 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다. 이 약관에서는 KDRG의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

- ③ 제1항의 수술코드에서 향후 'ADRG'의 개정으로 동일한 수술에 대해 수술코드가 변경되는 경우 이 특약 체결 시점에서 정한 수술코드를 따릅니다. 다만, 이 특약 체결 시점 이후 'ADRG'가 신규 추가되는 경우 회사는 '[별표 3]급여수술분류표'의 구분에 준하여 수술코드를 결정합니다.

[설명 및 예시]

- 특약 체결 시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010(KDRG버전4.6)이었으나, 피보험자가 간이식 수술을 받은 시점의 수술코드가 A080(예시. KDRG버전 5.0)으로 변경된 경우에도 회사는 A010(KDRG버전4.6)코드를 받은 것에 준하여 보험금 지급여부를 판단합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결 시점에서 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.
- ⑤ 제1항의 '급여수술'은 [건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2024-258호, 2024. 12. 18)] 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy), 감마나이프(GammaKnife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료 및 양성자치료는 '급여수술'에 포함하여 보장합니다.

[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」 제11조의3에 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 【‘수술방법별 급여수술’의 정의】

이 이 특약에서 ‘수술방법별 급여수술’이라 함은 제3조(‘급여수술’의 정의와 장소) 제1항에서 정한 ‘급여수술’ 중 ‘[별표 4]수술방법별 급여수술 분류표’에서 정한 수술코드에 해당하는 아래의 행위를 말합니다.

수술 방법	수술명
주요급여수술1(장기이식, 뇌 및 심장 주요수술)	‘장기이식수술’, ‘뇌 주요수술’, ‘심장 주요수술’
주요급여수술2(폐, 위 및 대장 절제술, 간담체 복합수술 등)	‘기관 및 기관지 수술’, ‘주요 폐 및 흉곽, 종격동 수술’, ‘흉강경을 이용한 수술’, ‘식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술’, ‘위 절제술’, ‘대장 절제술’, ‘간담체 복합수술’, ‘간 절제술’, ‘담도 악성종양 절제술’, ‘췌장 절제술(농양절개술 및 췌기절제 제외)’, ‘유방암 절제술’, ‘비뇨기계 및 골반 신생물 수술’, ‘남성 생식기 적출술’, ‘악성종양 자궁 난소 수술’, ‘골악성종양 절제술’, ‘귀, 코, 구강 등 이비인후과 악성종양수술’, ‘절단술’, ‘뇌 및 심장 기타수술’, ‘주요 혈관 복구 수술’
주요급여수술3(소장 절제술, 여성생식기 악성종양 수술, 뇌동맥류 색전술 및 뇌의 경피적 수술 등)	‘기타 주요 식도 수술’, ‘위 절제술(림프절청소 포함하지 않음)’, ‘결장 절제술(림프절청소 포함하지 않음)’, ‘소장 절제술’, ‘간담도 부분절제’, ‘간 부분절제’, ‘간담도계 질환 단락술’, ‘담도 절제술(림프절 절제 미동반)’, ‘담도 수술’, ‘기타 비뇨기계 및 골반 신생물 수술’, ‘여성생식기(자궁경부, 질, 외음부) 악성종양 수술’, ‘뇌동맥류 색전술 및 뇌의 경피적 수술’, ‘중추신경계의 정위수술’, ‘척수 및 척추 종양절제술’, ‘척추고정술(척추변형)’, ‘다발성 중요 외상 및 중증 화상 수술’, ‘ECMO(개심술 미동반)’, ‘이식형 청각 보조장치 수술’, ‘기타 폐 수술’, ‘식도 정맥류 수술’, ‘간암의 경피적 치료술 및 경피적 혈관 시술’

주요급여수술4(총수(맹장) 수술, 자궁 외 임신 수술, 관절 치환술 등)	‘총수(맹장) 수술’, ‘담낭(쓸개) 수술’, ‘기타 체장 수술’, ‘비뇨기 수술’, ‘비장 절제술’, ‘자궁 외 임신 수술’, ‘관절 치환술’, ‘소화성 궤양 수술’, ‘기타 대장 수술’, ‘횡격막 탈장 수술’, ‘비뇨기 결석수술’, ‘복잡 고환 수술’, ‘다발성 중요 외상 기타 수술’, ‘기타 단순 수술’, ‘혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술’, ‘척추고정술(척추변형외)’, ‘기타 위 및 식도 수술’, ‘부신수술’

제5조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① 제3조(‘급여수술’의 정의와 장소) 제1항에서 정한 ‘급여수술’이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 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 ‘급여수술’이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정으로 ‘급여수술’이 변경되어 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급기준에 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) 또는 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 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우(계약자와의 연락두절 포함) 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 이 특약의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 ‘산출방법서’라 합니다)’에서 정하는 바에 따라 계약 내용 변경시점의 계약자적립액을 계약자

에게 지급합니다.

- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **보험료 및 해약환급금 산출방법서** : 보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 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.

제6조 【‘입원’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 ‘입원’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘[별표2] 수술 보장 대상 질병 및 재해분류표’에서 정한 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 ‘당일입원’이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제7조 【‘통원’의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 ‘통원’은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 ‘[별표2] 수술 보장 대상 질병 및 재해분류표’에서 정한 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 동법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 해당분야의 의사, 치과의사 또는 한의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 【보험금의 지급사유】

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

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘주요 급여수술1(장기이식, 뇌 및 심장 주요수술)’을 받았을 때 : 주요급여수술1 급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회 한도, 동일 수술코드당 연간 1회 한도)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘주요 급여수술2(폐, 위 및 대장 절제술, 간담체 복합수술 등)’을 받았을 때 : 주요급여수술2 급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회 한도, 동일 수술코드당 연간 1회 한도)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘주요 급여수술3(소장 절제술, 여성생식기 악성종양 수술, 뇌동맥류 색전술 및 뇌의 경피적 수술 등)’을 받았을 때 : 주요급여수술3 급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회 한도, 동일 수술코드당 연간 1회 한도)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘주요 급여수술4(충수(맹장)수술, 자궁 외 임신 수술, 관절 치환술 등)’을 받았을 때 : 주요급여수술4 급여수술보험금(입원 또는 통원 1회당 1회 한도, 동일 수술코드당 연간 1회 한도)

제9조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다)의 보험료 납입 면제사유가 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 경우 계약일부터 ‘1년이 지난 계약 해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 제8조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유가 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액 하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.

- ④ 제8조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호의 경우 동일 수술코드당 연간 1회를 한도로 해당 급여수술보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 1회의 입원 중 2가지 이상의 수술을 받고 퇴원하더라도 피보험자의 퇴원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 급여수술보험금을 지급합니다. 또한, 피보험자가 1회의 통원 중 2가지 이상의 수술을 받은 경우 피보험자의 통원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 급여수술보험금을 지급합니다.

[설명 및 예시]

- “ADRG”는 1회의 입원기간 중 2가지 이상의 수술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.
 - “ADRG”는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 제8조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금이 가장 높은 하나의 수술코드에 한하여 급여수술보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’의 동일한 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑧ 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 보험기간 종료일부터 180일 이내 (피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보장합니다.
- ⑨ 제5항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술(수술코드상 J051 또는 J052, 이하동일)과 유방절제술(수술코드상 J061 또는 J062를 말하며, J063은 제외, 이하동일)을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술이 아니라 유방절제술에 해당하는 수술코드가 발생한 것으로 보아 해당 급여수술보험금을 지급합니다. 다만, 그 수술코드(유방절제술)로 급여수술보험금을 지급받은 보장횟수가 연간 1회를 초과하는 경우에는 해당 급여수술보험금을 지급하지 않습니다.

[설명 및 예시]

- 피보험자가 입원을 하고 유방재건술(J051)과 유방절제술(J061)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 'ADRG'는 유방재건술(J051)입니다. 다만, 이 경우 회사는 제9항에 따라 유방재건술(J051)에 해당되는 급여수술보험금이 아니라 유방절제술(J061)에 해당하는 급여수술보험금을 보장합니다.

- ⑩ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 시술명 등으로 이 보장에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우에 한하여 회사는 제3조('급여수술'의 정의와 장소) 제1항에서 정한 '급여수술'에 포함하여 보장합니다.
- ⑪ 제6항에도 불구하고 제10항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 피보험자가 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 급여수술보험금과 제10항의 수술코드에 해당하는 급여수술보험금을 각각 지급합니다.
- 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 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.

제11조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비 영수증, 진료비 세부내역서(건강보험심사평가원 수가코드(EDI) 필수기입), 입원치료확인서, 통원치료확인서, 수술확인서(수술기록지 등) 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.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘[별표 5] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.

[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)

- 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 보험

수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제11조(보험금의 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. 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 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(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.

제13조 【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 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 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 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 제한 할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결당시에 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 대해

- 여는 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 알려 드립니다.

[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 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

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 이 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「일반가입형」인 경우, 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」인 경우, 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능
- ③ 이 특약을 주계약 체결할 때 부가할 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제21조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- 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 함

니다.

3. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우

⑤ 제4항 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.

⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제6항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제12조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제12조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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>

제17조 【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, 2형(간편가입형 II) 가입시에 한함)

제18조 【회사의 보장개시】

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 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.

【 약관용어 설명 】

- **보험수익자 변경 관련 설명** : 보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경전에 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>

- 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.

제21조 【특약의 갱신】

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않

는다는 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. 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 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 제한된 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 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재

의 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 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)를 준수하여 산출 됩니다.

제22조 【특약의 보험기간】

- 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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 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】

- 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.

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 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 제27조(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 관련 규정이 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 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 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 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.

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 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제28조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7 관 기타사항

제29조 【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
급여 수술 보험금	주요급여 수술1 급여수술 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘주요급여수술1(장기이식, 뇌 및 심장 주요수술)’을 받았을 때 (입원 또는 통원 1회당 1회한도, 동일 수술코드당 연간 1회 한도)	1회당 1,000만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
	주요급여 수술2 급여수술 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘주요급여수술2(폐, 위 및 대장 절제술, 간담체 복합수술 등)’을 받았을 때 (입원 또는 통원 1회당 1회한도, 동일 수술코드당 연간 1회 한도)	1회당 600만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
	주요급여 수술3 급여수술 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘주요급여수술3(소장 절제술, 여성생식기 악성종양 수술, 뇌동맥류 색전술 및 뇌의 경피적 수술 등)’을 받았을 때 (입원 또는 통원 1회당 1회한도, 동일 수술코드당 연간 1회 한도)	1회당 200만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)
	주요급여 수술4 급여수술 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’의 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원 또는 통원(당일입원 포함)(1일 1회의 통원에 한함)하여 ‘주요급여수술4(총수(맹장)수술,	1회당 100만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에

		자궁 외 임신 수술, 관절 치환술 등)’을 받았을 때 (임원 또는 통원 1회당 1회한도, 동일 수술코드당 연간 1회 한도)	재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생시 해당 보험금의 50% 지급)

- 주) 1. 최초계약의 경우 계약일부터 ‘1년이 지난 계약해당일 전일’ 이전에 재해 이외의 원인으로 제8조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 계약일부터 1년 이후 보험금 지급사유가 발생시 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우에는 감액하지 않고 해당 보험금을 지급합니다.
2. ‘연간’이란 계약해당일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. ‘급여수술’이라 함은 제3조(‘급여수술’의 정의와 장소) 제1항에서 정한 행위를 받은 경우를 말합니다.
4. ‘주요급여수술1(장기이식, 뇌 및 심장 주요수술)’, ‘주요급여수술2(폐, 위 및 대장 절제술, 간담체 복합수술 등)’, ‘주요급여수술3(소장 절제술, 여성생식기 악성종양 수술, 뇌동맥류 색전술 및 뇌의 경피적 수술 등)’ 및 ‘주요급여수술4(총수(맹장)수술, 자궁 외 임신 수술, 관절 치환술 등)’이라 함은 제4조(‘수술방법별 급여수술’의 정의)에서 정한 ‘수술방법별 급여수술’을 말합니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[별표 2]

수술 보장 대상 질병 및 재해 분류표

1. 보장대상이 되는 수술 보장 대상 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 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. 아토병 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 수술 보장 대상 질병 및 재해

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

- ① 다음의 “가~마”에 해당하는 사항
 - 가. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 - 나. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
 - 다. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

라. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

마. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

- ② 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독으로 인한 경우
- ③ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ④ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑤ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
- ⑥ 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 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’ 여부를 판단합니다. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’ 해당여부는 피보험자가 진단(사고 발생)된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 진단(사고 발생) 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 이 약관에서 보장하는 ‘수술 보장 대상 질병 및 재해’ 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다

※ 위 ‘1. 보장대상이 되는 수술 보장 대상 질병 및 재해 ②’에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

[별표 3]

급여수술분류표

대분류명	수술명	수술코드
간 이식	간 이식	A010
폐 이식	폐 이식	A020
심장 이식	심장 이식	A030
췌장 이식	췌장 이식	A040
소장 이식	소장 이식	A050
조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062
신장 이식	신장 이식	A070
체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080
기관 절개술	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095
	기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096
사지 이식	사지 이식	A100
뇌동맥류 수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017
	뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018

대분류명	수술명	수술코드
뇌혈관 수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024
	경피적 뇌혈관 수술(협착 · 폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027
혈종제거술 및 기 타개두술 (외상 제외)	혈종제거술(외상 제외)	B031
	두개내 감압술(외상 제외)	B032
	두개골 성형술(외상 제외)	B033
두개외 혈관수술	두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041
	두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042
	경피적 두개외 혈관수술	B043
뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050
뇌종양 절제술	복잡 천막상부 종양절제술	B061
	단순 천막상부 종양절제술	B062
	복잡 천막하부 종양절제술	B063
	단순 천막하부 종양절제술	B064
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065
	경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066
신경계 신경자극기 설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070
뇌전증 수술	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082
정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096
뇌신경 수술	뇌신경 수술	B100

대분류명	수술명	수술코드
뇌척수액 우회로조 성술	뇌척수액 우회로조성술	B110
외상 개두술	혈중제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121
	혈중제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122
	혈중제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123
	두개내 감압술(외상 관련)	B124
	두개골 성형술(외상 관련)	B125
기타 개두술	기타 개두술	B130
천두술	천두술(경막하 또는 경막외)	B141
	천두술(뇌내)	B142
	천두술(기타)	B143
척추강내 병소절제 술	척수내 종양절제술	B151
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154
척추변형 척추고정 술	청소년기 척추변형 척추고정술	B161
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	B171
	척추고정술(척수병증 미동반)	B172
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182
신경조절술 및 척 수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거 술	B192

대분류명	수술명	수술코드
기타 신경계 수술	주요 말초 및 뇌신경 수술	B201
	기타 말초 및 뇌신경 수술	B202
	수근관 이완술	B203
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204
	기타 신경계 수술	B205
복잡 척추수술	복잡 척추고정술	B211
	복잡 척추후궁절제술	B212
안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	C011
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013
	후안부 관통상 수술	C014
안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	C021
	복잡 안와 수술, 양쪽	C022
	단순 안와 수술	C023
안구 수술(종양 수술 포함)	안구 수술(종양 수술 포함)	C030
망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술(망막주위막제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043
	망막 및 유리체 수술(망막주위막제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044
	망막 및 유리체 수술(망막주위막제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045
	망막 및 유리체 수술(망막주위막제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046
안구 표면재건술	주요 각막이식수술	C051
	기타 각막이식수술	C052
	공막 및 각막윤부이식수술	C053
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062
	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064

대분류명	수술명	수술코드
수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071
	기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072
	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073
후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	C080
녹내장 수술	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091
	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092
	단순 녹내장 수술	C095
기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101
	기타 단순 안구내 수술	C102
사시 수술	복잡 사시 수술	C111
	단순 사시 수술	C112
안검 수술	복잡 안검 수술, 제1형	C121
	복잡 안검 수술, 제2형	C122
	복잡 안검 수술, 제3형	C123
	주요 안검 수술, 제1형	C124
	주요 안검 수술, 제2형	C125
	주요 안검 수술, 제3형	C126
	기타 안검 수술	C127
눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136
결막 수술	결막낭 재건술	C141
	복잡 결막 수술	C142
	단순 결막 수술	C143
기타 안구외 수술	기타 안구외 수술	C150
내이 수술	귀 이식술	D011
	주요 내이 수술	D012
	단순 내이 수술	D013

대분류명	수술명	수술코드
중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021
	유양돌기 수술	D022
	고실 수술	D023
	이소골 재건술	D024
	등골수술	D025
	환기관삽입 고막절개술	D026
외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031
	단순 외이 및 귀 수술	D032
귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042
부비동 개방 수술	부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051
	부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052
	부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053
	부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054
내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068
코 수술	주요 코 수술	D081
	비중격 및 비갑개수술	D082
	단순 코 수술	D083
구강 및 타액선 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090
후두 및 인두 악성종양 수술	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102
경부림프절절제술	경부림프절절제술, 한쪽	D111
	경부림프절절제술, 양쪽	D112
안면골 수술	악관절 수술	D121
	주요 안면골 수술	D122
	단순 안면골 수술	D123

대분류명	수술명	수술코드
두경부 재건술	두경부 재건술	D130
타액선 수술	이하선수술	D141
	악하선 및 설하선 수술	D142
	기타 타액선 수술	D143
	타석제거술	D144
경부 수술	경부 수술	D150
편도 및 아데노이드 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162
구강, 인후두 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172
기타 이비인후, 구강 질환 수술	기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200
주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011
	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013
	기타 폐 수술	E014
	중격동 수술	E015
	주요 흉곽 수술	E016
	기타 흉곽 수술	E017
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019
기관지경 및 방사선하 수술	기관지경 및 방사선하 수술	E020
기타 호흡기계 수술	수면무호흡증후군 수술	E032
	호흡기계 기타 단순 수술	E033
	기타 호흡기계 수술	E034
폐농양 배액술	폐농양 배액술	E520
흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530
자동체내제세동기 시술	자동체내제세동기 설치술 또는 제거술	F011
	자동체내제세동기 교정술	F012
심장판막 수술 (심도자술 사용)	대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022
	폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023

대분류명	수술명	수술코드
심장판막 수술 (심도자술 미사용)	대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032
	폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033
관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044
기타 심흉부 수술	심장 중격결손증 수술	F051
	기타 복잡 심장 기형 교정술	F052
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054
주요 혈관 복구 수술 (인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063
주요 혈관 복구 수술 (인공심장폐장치 미사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073
대동맥 경피적 수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081
	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083
	대동맥박리 경피적 수술	F084
정맥 및 대정맥 경 피적 수술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092
경도관 심장 결손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103

대분류명	수술명	수술코드
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136
부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141
	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F143
부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 미포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151
	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F153
경피적 풍선 판막 성형술	경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161
	경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162
선천성 심장병 협착 질환의 경피적 수술	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술	F173
혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182
말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195

대분류명	수술명	수술코드
기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200
체내 심박조율기 설치술(급성 심근 경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 설치술	F211
	영구적 심박조율기 교환술	F212
	심박조율기 제거 및 전환술	F213
기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220
순환 장애 절단술 (수족부 제외)	순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230
순환 장애 수족부 절단술	순환 장애 수족부 절단술	F240
정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 국소 절제술	F252
	정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253
	정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254
기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260
식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011
	기타 주요 식도 수술	G012
	기타 단순 식도 수술	G013
직장절제술(림프절 절제 동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022
직장절제술(림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032
경향문 및 경천골 접근 직장절제술	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041
	경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042
주요 십이지장 수술	주요 십이지장 수술	G050
식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060
위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071
	개복에 의한 위전절제술	G072
위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081
	개복에 의한 위아전절제술	G082

대분류명	수술명	수술코드
기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091
	개복에 의한 기타 위절제술	G092
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094
소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102
기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112
결장 및 직장 전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121
	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122
결장절제술(림프절 절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132
결장절제술(림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142
기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152
소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172
	장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173
장루 수술	장루 수술	G180
횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202
	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204
충수절제술	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211
	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214

대분류명	수술명	수술코드
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224
서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253
복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260
치핵 수술	주요 치핵 수술	G271
	단순 치핵 수술	G272
항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281
	단순 항문 주위 농양 수술	G282
치루 수술	주요 치루 수술	G291
	단순 치루 수술	G292
치열 수술 및 항문 협착증 수술	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300
경항문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311
	직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312
화농성한선염 수술	화농성한선염 수술	G320
기타 소화기계 수술	기타 소화기계 수술	G332
소화기계 질환의 혈관색전술	소화기계 질환의 혈관색전술	G340
위내시경 시술	위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503
	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504
	위내시경 시술, 당일퇴원	G505

대분류명	수술명	수술코드
결장경 시술	결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523
	결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524
	결장경 시술, 당일퇴원	G525
구불결장경 시술	구불결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G533
	구불결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G534
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540
소장내시경 시술	소장내시경 시술	G550
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560
소화기계 질환의 경피적 배액술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570
간담도췌장 복합수술	간담도췌장 복합수술	H010
간담도 복합수술	주요 간담도 복합수술	H021
	기타 간담도 복합수술	H022
담도췌장 복합수술	담도췌장 복합수술	H030
간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044
간 수술	복강경을 이용한 간 수술	H051
	개복에 의한 간 수술	H052
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060
담도 절제술(림프절 절제 동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072
담도 절제술(림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082
주요 담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092

대분류명	수술명	수술코드
담낭절제술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108
체장절제술	복강경을 이용한 체장절제술	H111
	개복에 의한 체장절제술	H112
체장 수술	복강경을 이용한 체장 수술	H121
	개복에 의한 체장 수술	H122
기타 간담도 및 체장 수술	역행성담체관내시경 시술	H142
	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143
	기타 간담도 및 체장 수술	H144
	경피적 담관경 시술	H145
	경피적 담관 시술	H146
간담도 및 체장의 경피적시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152
	담도협착을 위한 경피적 시술	H154
	담석제거를 위한 경피적 시술	H155
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500
간암의 경피적 치료술	간암의 경피적 치료술	H510
간담도 및 체장 질환의 경피적 배액술	간담도 및 체장 질환의 경피적 배액술	H520

대분류명	수술명	수술코드
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012
고관절 재치환술 및 치환술	고관절 전재치환술	I021
	고관절 전치환술	I022
	고관절 부분치환술	I023
슬관절 재치환술 및 치환술	슬관절 전재치환술	I031
	슬관절 전치환술	I032
	슬관절 부분치환술	I033
기타 관절 재치환술 및 치환술	기타 관절 전재치환술	I041
	기타 관절 전치환술	I042
	기타 관절 부분치환술	I043
	인공관절삽입물 제거술	I044
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050
척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	I061
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064
척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	I071
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073
기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	I081
	척추고정술(척수병증 미동반)	I082
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086
척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092

대분류명	수술명	수술코드
신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102
절단술	주요 절단술	I111
	기타 절단술	I112
골종양의 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123
	골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124
골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131
	골수염 및 농양 수술(기타)	I132
	근농양 배농술	I133
고관절 및 대퇴부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142
상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	I160
단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	I171
	단단성형술(수족지)	I172
견부 수술	회전근개 수술	I185
	관절와순 수술	I186
	기타 견부 수술	I187
슬부 수술	십자인대 수술	I191
	반달연골 수술, 양쪽	I192
	반달연골 수술, 한쪽	I193
	기타 슬관절 수술	I194
주관절 및 전완부 수술	주관절 및 전완부 수술	I200
족부 및 족관절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211
	족관절 골연골 병변 수술	I212
	기타 족부 및 족관절 수술	I213

대분류명	수술명	수술코드
고정장치 제거술	고정장치 제거술	I220
완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	I251
	단순 완관절 및 수부 수술	I252
미세혈관 조직이식 및 피부이식	미세혈관 조직이식	I261
	기타 피판술	I262
	피부 및 지방 이식술	I263
연조직 수술	복잡한 연조직 수술	I271
	주요 연조직 수술	I272
	단순 연조직 수술	I273
기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	I281
	대퇴부 골절 수술	I282
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283
	족관절 및 족부 골절 수술	I284
	견부 및 상완골 골절 수술	I285
	전완부 골절 수술	I286
	수부 골절 수술	I287
기타 결합조직 수술	기타 결합조직 수술	I290
복잡 인공관절치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302
	복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305
	복잡 인공관절부분치환술	I306
복잡 척추 수술	복잡 척추고정술	I311
	복잡 척추후궁절제술	I312
복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321
	복잡 관절고정술	I322
	복잡 사지관절절제술	I323
	복잡 가관절수술	I324
	복잡 반월판연골절제술	I325
	복잡 회전근개 또는 관절와순 수술	I326

대분류명	수술명	수술코드
복잡 근골격계 염증성 질환수술	복잡 화농성관절염절개술	I331
	복잡 골수염 및 농양수술	I332
근골격계 질환의 경피적 배액술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010
피판술, 피부이식 술 및 변연절제술 (피부궤양, 봉소염 의 경우)	피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022
피판술, 피부이식 술 및 변연절제술 (피부궤양, 봉소염 제외)	피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032
기타 피부, 피하조 직수술	피부 및 연조직 악성종양 절제술	J041
	피부 및 연조직 수술	J042
	기타 피부, 피하조직수술	J043
유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051
	보형물을 이용한 유방재건술	J052
주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062
	유방절제술(악성종양 제외)	J063
단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071
	절개에 의한 단순 유방 수술	J072
액와 수술	액와 림프 수술	J080
기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090
항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100
교감신경절제술	교감신경절제술	J110
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012

대분류명	수술명	수술코드
뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021
	복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023
	단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024
부신 수술	복강경을 이용한 부신 수술	K031
	개복에 의한 부신수술	K032
내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043
부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052
주요 갑상선 악성 종양 수술	주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063
	주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075
	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076
기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080
기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490
복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021
	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025
	전립선 신생물 수술	L026
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027
신장 및 신우 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033
	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034

대분류명	수술명	수술코드
요관 수술	요관 수술	L040
방광 수술	방광 수술	L051
	경피적 방광 수술	L052
	경요도 방광 수술	L053
전립선 수술	전립선 수술	L060
요도 수술	주요 요도 수술	L071
	요도경하 요도 수술	L072
	기타 요도 수술	L073
	복잡 요실금 수술	L074
	단순 요실금 수술	L075
요로 결석 수술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082
	경요도적 요관 결석 수술	L083
	방광 및 요도 결석 수술	L084
	연성내시경하 수술	L085
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102
요로 질환 수술	경요도 요로 질환 수술	L111
	외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120
기타 신장 및 비뇨기계 시술	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134
방광요도경 시술	방광요도경 시술	L510

대분류명	수술명	수술코드
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530
남성 골반 수술	남성 골반 수술	M010
전립선 적출술	주요 전립선 적출술	M021
	기타 전립선 적출술	M022
기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030
음경 수술	복잡 음경 수술	M041
	단순 음경 수술	M042
	페이로니 병 수술	M043
포경 수술	포경수술	M050
요도 수술	주요 요도 수술	M061
	단순 요도 수술	M062
음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071
	단순 음낭 수술	M072
고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082
	단순 고환 수술	M083
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091
	개복에 의한 정계정맥류	M092
	고환 및 생식기 적출술	M093
기타 남성생식기계 시술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102
방광요도경 시술	방광요도경 시술	M500
자궁 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012
주요 자궁절제술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021
	개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N022

대분류명	수술명	수술코드
단순 자궁 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031
	개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032
난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041
	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042
난소 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051
	개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052
부속기 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061
	개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081
	자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082
기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091
	개복에 의한 기타 골반 수술	N092
주요 여성생식기계 복원술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101
	개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102
기타 여성생식기계 복원술	기타 여성생식기계 복원술	N110
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121
자궁경 수술	자궁경 수술	N130
자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141
기타 여성생식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161
	개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162
여성생식기계 경피적 혈관 수술	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180
제왕절개분만(단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	O011
	고위험 제왕절개분만(단태아)	O012
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013

대분류명	수술명	수술코드
제왕절개분만 (다태아)	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022
	일반 제왕절개분만(다태아)	O023
	고위험 제왕절개분만(다태아)	O024
자궁외 임신 주요 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082
자궁외 임신 기타 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092
자궁경관봉축술	치료적 자궁경관봉축술	O102
분만 및 유산 후 관련 장애(수술 시 행)	분만 및 유산 후 관련 장애(수술 시행)	O110
자궁소파술 및 흡 인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	O120
분만 및 유산 관련 자궁적출술	분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130
분만 및 산욕기의 경피적 혈관 수술	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술	O141
	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술	O142
비장 절제술	소아의 비장 절제술	Q011
	성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012
	성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013
림프종 및 백혈병 (주요 수술 시행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010
기타 신생물 질환 (주요 수술 시행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격 계 주요 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030

대분류명	수술명	수술코드
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술	W050
하지 손상의 미세 혈관 조직이식 및 피부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식 하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X011 X012
수부 손상의 미세 혈관 조직이식 및 피부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식 수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X021 X022
기타 손상의 미세 혈관 조직이식 및 피부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030
하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술 하지 손상의 기타 수술	X041 X042
수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술 수부 손상의 기타 수술	X051 X052
기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060
중증 화상(피부 이 식 동반)	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010
중등도 화상(피부 이식 혹은 흡입손 상을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020

주) 1. 상기의 수술코드는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여, 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 ‘한국형 진단명기준환자군 (Korean Diagnosis Related Group, KDRG)’ 분류체계에 따라 분류되는 경우에 부여된 ‘ADRG(Adjacent DRG)’ 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

2. ‘KDRG 버전 4.6’에서 분류된 ‘ADRG’ 중 다음의 ‘ADRG’는 보장하지 않습니다.

① ‘ADRG’에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)를 제외하고 2, 3번째 자리에 해당하는 숫자가 ‘60~99’에 해당하는 경우

(예시) "ADRG"가 "B601"의 경우 첫번째 자리[알파벳("B")]를 제외하고 2, 3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60"이므로 보장하지 않습니다.

② ‘KDRG 버전 4.6’에서 규정한 ‘Error DRG’ 및 ‘960 DRG’

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ 'Error DRG'이라 함은 주진단 범주(MDC)와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

(예시) 거미막하출혈로 진단받고 경피적심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

- '960 DRG'이라 함은 'Error DRG'는 아니지만 입원 2일 이내에 조기사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다.

③ <급여수술 분류표>에서 정한 수술에 해당하지 않는 사항

3. 수술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.6(2025.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2024-258호, 2024.12.18.)에서 정의된 진료행위코드 및 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG 코드 및 진료행위코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경된 ADRG 코드 및 진료행위코드, 분류번호에 준하여 수술코드 및 ADRG를 결정합니다.
4. 주1에도 불구하고 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 후 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 '수술코드'를 확인할 수 있는 경우도 포함합니다.

[별표 4]

수술방법별 급여수술 분류표

① '주요급여수술1'은 다음에서 정한 수술코드를 말합니다.

분류명	수술명	수술코드
장기이식수술	간 이식	A010
	폐 이식	A020
	심장 이식	A030
	췌장 이식	A040
	소장 이식	A050
	조혈모세포 이식, 동종이식	A061
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062
	신장 이식	A070
	사지 이식	A100
뇌 주요수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022
	혈종제거술(외상 제외)	B031
	두개내 감압술(외상 제외)	B032
	두개골 성형술(외상 제외)	B033
	뇌기저부 수술	B050
	복잡 천막상부 종양절제술	B061
	단순 천막상부 종양절제술	B062
	복잡 천막하부 종양절제술	B063
	단순 천막하부 종양절제술	B064
	경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066
	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082
	혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121
	혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122
	혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123

분류명	수술명	수술코드
	두개내 감압술(외상 관련)	B124
	두개골 성형술(외상 관련)	B125
	천막상부 종양 절제술	K021
	복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023
	단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024
	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010
심장 주요수술	대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022
	폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023
	대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031
	승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032
	폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장 폐장치 사용)	F041
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심 장폐장치 사용)	F042
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장 폐장치 미사용)	F043
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심 장폐장치 미사용)	F044
	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐 장치 사용)	F061
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장 폐장치 사용)	F062
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063
	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐 장치 미사용)	F071
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장 폐장치 미사용)	F072

② '주요급여수술2'은 다음에서 정한 수술코드를 말합니다.

분류명	수술명	수술코드
기관 및 기관지 수술	기관 및 기관지 수술	E011
주요 폐 및 흉곽, 종격동 수술	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012

분류명	수술명	수술코드
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013
	종격동 수술	E015
	주요 흉곽 수술	E016
흉강경을 이용한 수술	흉강경을 이용한 주요 수술	E018
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019
식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011
위 절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071
	개복에 의한 위전절제술	G072
	복강경을 이용한 위아전절제술	G081
	개복에 의한 위아전절제술	G082
대장 절제술	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022
	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032
	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041
	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042
	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121
	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122
	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132
간담체 복합수술	주요 십이지장 수술	G050
	간담도체장 복합수술	H010
	주요 간담도 복합수술	H021
	담도체장 복합수술	H030
간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042
담도 악성종양 절제술	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072

분류명	수술명	수술코드
체장 절제술(농양절개술 및 뼈기절제 제외)	복강경을 이용한 체장절제술	H111
	개복에 의한 체장절제술	H112
유방암 절제술	근치 유방절제술	J061
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062
비뇨기계 및 골반 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027
남성 생식기 적출술	고환 및 생식기 적출술	M093
악성종양 자궁 난소 수술	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012
	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041
	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042
골악성종양 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123
귀, 코, 구강 등 이비인후과 악성종양수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042
	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090
	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102
절단술	순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230
	주요 절단술	I111
	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011
뇌 및 심장 기타수술	신경계 신경자극기 설치술	B070
	뇌신경 수술	B100
	기타 개두술	B130
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053
주요 혈관 복구 수술	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073

③ '주요급여수술3'은 다음에서 정한 수술코드를 말합니다.

분류명	수술명	수술코드
기타 주요 식도 수술	기타 주요 식도 수술	G012
위 절제술 (림프절청소포함하지 않음)	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091
	개복에 의한 기타 위절제술	G092
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094
결장 절제술 (림프절청소포함하지않음)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142
소장 절제술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172
간담도 부분절제	기타 간담도 복합수술	H022
간 부분절제	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044
간담도계 질환 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060
담도 절제술 (림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082
담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092
기타 비뇨기계 및 골반 신생물 수술	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024
여성생식기 (자궁경부, 질, 외음부) 악성종양수술	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성 종양의 경우)	N071
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 의 경우)	N072
뇌동맥류 색전술 및 뇌의경피적수술	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016
	뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미 동반)	B024
	경피적 뇌혈관 수술(협착 · 폐쇄 및 혈전제거 동시 의 경우)	B025

분류명	수술명	수술코드
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065
중추신경계의 정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096
척수 및 척추 종양절제술	척수내 종양절제술	B151
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154
	척수내 종양절제술	I061
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064
척추고정술 (척추변형)	청소년기 척추변형 척추고정술	B161
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163
	청소년기 척추변형 척추고정술	I071
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073
다발성 중요 외상 및 중증 화상 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020
	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030
	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010
ECMO (개심술 미동반)	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080
이식형 청각 보조장치 수술	귀 이식술	D011
기타 폐 수술	기타 폐 수술	E014
식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060

분류명	수술명	수술코드
간암의 경피적 치료술 및 경피적 혈관 시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157
	간암의 경피적 치료술	H510

④ '주요급여수술4'은 다음에서 정한 수술코드를 말합니다.

분류명	수술명	수술코드
총수(맹장) 수술	복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211
	복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212
	개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213
	개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214
담낭(쓸개) 수술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108
기타 체장 수술	복강경을 이용한 체장 수술	H121
	개복에 의한 체장 수술	H122
비뇨기 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032
	방광 수술	L051
비장 절제술	성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012
	성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013

분류명	수술명	수술코드
자궁 외 임신 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082
	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092
관절 치환술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011
	고관절 전재치환술	I021
	고관절 전치환술	I022
	고관절 부분치환술	I023
	슬관절 전재치환술	I031
	슬관절 전치환술	I032
	슬관절 부분치환술	I033
	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304
소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102
기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152
횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190
비뇨기 결석수술	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082
	방광 및 요도 결석 수술	L084
	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081
복잡 고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082
다발성 중요 외상 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040
기타 단순 수술	뇌척수액 우회로조성술	B110
	기타 단순 식도 수술	G013
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050
척추고정술 (척추변형 외)	척추고정술(척수병증 동반)	B171
	척추고정술(척수병증 미동반)	B172

분류명	수술명	수술코드
	복잡 척추고정술	B211
	척추고정술(척수병증 동반)	I081
	척추고정술(척수병증 미동반)	I082
	복잡 척추고정술	I311
기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112
부신수술	복강경을 이용한 부신수술	K031
	개복에 의한 부신수술	K032

- 주) 1. 상기의 수술코드는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여, 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 ‘한국형 진단명기준환자군 (Korean Diagnosis Related Group, KDRG)’ 분류체계에 따라 분류되는 경우에 부여된 ‘ADRG(Adjacent DRG)’ 중 회사가 정한 코드를 말합니다.
2. ‘KDRG 버전 4.6’에서 분류된 ‘ADRG’ 중 다음의 ‘ADRG’는 보장하지 않습니다.
- ① ‘ADRG’에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)를 제외하고 2, 3번째 자리에 해당하는 숫자가 ‘60~99’에 해당하는 경우

(예시) "ADRG"가 "B601"의 경우 첫번째 자리[알파벳("B")]를 제외하고 2, 3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60"이므로 보장하지 않습니다.

- ② ‘KDRG 버전 4.6’에서 규정한 ‘Error DRG’ 및 ‘960 DRG’
- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999
- ※ ‘Error DRG’이라 함은 주진단 범주(MDC)와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

(예시) 거미막하출혈로 진단받고 경피적심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외 됩니다.

- ‘960 DRG’이라 함은 ‘Error DRG’는 아니지만 입원 2일 이내에 조기사망한 환자 (신생아 제외)를 뜻합니다.

- ③ <급여수술 분류표>에서 정한 수술에 해당하지 않는 사항

3. 수술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.6(2025.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2024-258호, 2024.12.18.)에서 정의된 진료행위코드 및 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG 코드 및 진료행위코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG 코드 및 진료행위코드, 분류번호에 준하여 수술코드 및 ADRG를 결정합니다.

4. 주1에도 불구하고 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못

하는 사고로 인하여 수술한 후 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술 명 등으로 '수술코드'를 확인할 수 있는 경우도 포함합니다.

[별표 5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제27조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
급여수술 보험금 (제8조)	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 (제27조 제2항)	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 이유만으로 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.

첫날부터입원특약 | 갱신형,비갱신형,무배당_W 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 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 및 재해 : ‘[별표 2] 질병 및 재해분류표’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.
4. 계약관계 관련 용어
 - 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
 - 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
 - 다. 첫날부터입원특약(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자

사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
라. 첫날부터입원특약(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

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·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」 제11조의3에 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】

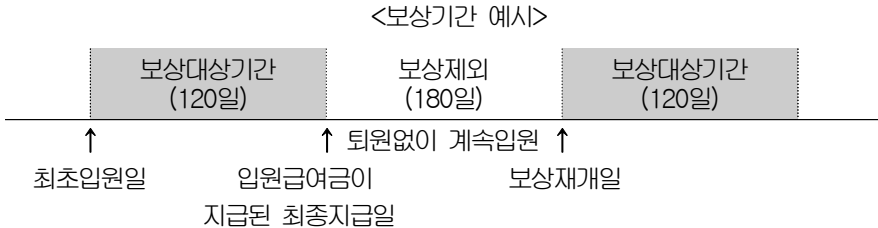
회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 ‘입원급여금’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제5조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제2항의 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)에서 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ④ 제4조(보험금의 지급사유)에서 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 계산합니다.
- ⑤ 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 질병 및 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제3항 및 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 제3항에도 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.



- ⑦ 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 당시 현재 입원중인 입원기간에 대하여는 제4항에 따라 입원급여금을 지급합니다.
- ⑧ 제4조(보험금의 지급사유)에서 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

- 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 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), 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.

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 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) 제10항에 따라 보험금 등 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 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]

- **보험금가 지급제도** : 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 알릴 의무 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(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 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 가

지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한 할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결당시에 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 알릴사항에 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 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 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 첫날부터입원특약(갱신허,비갱신허,무배당)_TW
 2. 첫날부터입원특약(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「일반가입형」 인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형II」 인 경우 이 특약의 2형(간편가입형II)만 선택 가능

- ⑥ 제1항 및 제 2항에 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.
- ⑦ 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
- ⑧ 제7항 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.
- ⑨ 제3항 1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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 신분이거나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.
- **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.

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 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 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, 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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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.

【 약관용어 설명 】

- **보험수익자 변경 관련 설명** : 보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경전에 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 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 제한된 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 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 특

약의 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 제 129조(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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 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 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 관련 규정이 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 따

라 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 바

에 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 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

제24조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 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

- 1종(갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 1일이상 계속하여 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	입원일수 1일당 1만원

- 주) 1. 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.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 2종(비갱신형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 1일이상 계속하여 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	입원일수 1일당 1만원

- 주) 1. 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
2. 첫날부터입원특약(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
3. 첫날부터입원특약(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 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 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 질병 관리청장이 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. 아토병 타. 신종감염병증후군
파. 중증급성호흡기증후군(SARS) 하. 중증호흡기증후군(MERS)
거. 동물인플루엔자 인체감염증 너. 신종인플루엔자 더. 디프테리아
3. (생략)

<항후 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
- ② 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경

우

- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 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	-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.

재해골절특약II | 갱신형,비갱신형,무배당_W 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. 계약관계 관련 용어

- 가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.
- 나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.
- 다. 재해골절특약II(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 재해골절특약II(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: [별첨 1] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 갱신일 : 1중(갱신형)에서 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날을 말합니다.

4. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말합니다.

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

제2관 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(의사·치과의사 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 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」 제11조의 3에 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 등 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제3항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 제1호의 1종(갱신형)에 적용되고, 나머지 각 항은 1종(갱신형) 및 2종(비갱신형)에 공통으로 적용됩니다.

- ① 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.
- ② 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.
- ③ 제2항에도 불구하고 새로이 갱신되는 특약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 전일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ④ 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.
- ⑤ 계약자와 회사가 제2항의 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.

제6조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 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 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하는 때에는 해당 보험금을 지급하고, 제5조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 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.

제7조 【보험금 등의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 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 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대 전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 및 보험료 납입 면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- 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(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 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 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 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 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 부

활(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 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 재해골절특약II(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 재해골절특약II(무배당)_DW
- ③ 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)
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 제1항 및 제3항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 이 특약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 이 특약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된

경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.

⑥ 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

⑦ 제6항 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.

[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.>

⑧ 제2항 제1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

- ⑨ 제8항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제8조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제13조 【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 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

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

제14조 【회사의 보장개시】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.

- 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.

[약관용어 설명]

- **보험수익자 변경 관련 설명** : 보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급합니다. 변경된 보험수익자는 변경전에 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) 제3항 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 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 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.

제18조 【특약의 보험기간】

※ 아래 제2항은 제12조(특약의 성립 및 소멸) 제3항 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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 20년 미만일 때에는 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) 제3항 제1호의 1종(갱신형)에 한하여 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.

다.

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 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 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.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 해지율을 적용하지 않는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
 3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
 4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.
- 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 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 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.

제7 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
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 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

○ 2종(비갱신형)

(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. 재해골절특약II(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
3. 재해골절특약II(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 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 제23조 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 (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. 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(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 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.

간병인사용입원(요양병원제외)특약II |갱신형,비갱신형,무배당_W 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 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.

4. 계약관계 관련 용어

가. 해약환급금 미지급형 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며 보험료 납입기간 이후 계약이 해지될 경우 ‘표준형’ 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘표준형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있는 상품입니다.

나. 표준형 : 보험료 산출시 해지율을 적용하지 않고, 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 ‘산출방법서’라 합니다)에서 정한 방법에 따라 산출한 상품입니다.

- 다. 간병인사용입원(요양병원제외)특약Ⅱ(갱신형,비갱신형,무배당)_TW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 소멸하는 상품입니다.
- 라. 간병인사용입원(요양병원제외)특약Ⅱ(무배당)_DW : 보험기간 중 피보험자 사망 시 계약자에게 계약자적립액을 지급하지 않고 소멸하는 상품입니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【‘입원’의 정의와 장소】

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 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원(이하 “요양병원”이라 합니다)은 제외합니다)에 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」 제11조의3에 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 졸업하

고 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 【‘간병인’ 및 ‘간병서비스’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 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 다만, 이 때 ‘사업자’는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 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.

【 ‘간병서비스’의 주요내용 】

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- 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.
- ③ 제2항의 ‘간호·간병통합서비스’라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

제5조 【법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① 제4조(‘간병인’ 및 ‘간병서비스’의 정의)에 의한 ‘간병인’ 및 ‘간호·간병통합서비스’의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 본 항에서 ‘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 개정 등에 따라 ‘간호·간병통합서비스’가 폐지되어 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 2. 법령의 개정 등에 따라 ‘간병인’ 또는 ‘간호·간병통합서비스’의 정의가 변경되어 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정 등에 따라 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 산출방법서에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경일 시점의 계약자적립액을 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 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘질병 및 재해’로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1일 이상 계속하여 입원하여 ‘간병인’을 사용하였을 때(간병인 사용 1일당, 180일 한도) 보험수익자에게 약정한 ‘입원간병인 사용급여금(요양병원제외)’([별표 1] ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

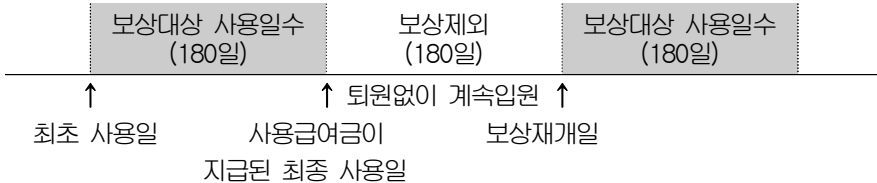
제7조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

※ 아래 제2항은 제14조(특약의 성립 및 소멸) 제2항의 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 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘간병인을 사용하였을 때’는 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우를 말합니다.
- ④ 제6조(보험금의 지급사유)의 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.
- ⑤ 제6조(보험금의 지급사유)의 1회 입원당 사용일수는 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 1종(갱신형)의 경우 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 사용일수는 갱신 전후에 계속되는 총 사용일수를 기준으로 1회 입원당 180일을 최고한도로 하여 계산합니다. ‘사용일수’는 간병인의 사용일수를 말하고, ‘사용급여금’은 입원간병인사용급여금(요양병원 제외)을 말하며 이하 조항에도 동일하게 적용됩니다.
- ⑥ 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 보고 각 사용일수를 더하여 제5항을 적용합니다.
- ⑦ 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 질병 및 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 사용일수를 더하여 제5항을 적용합니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 질병 및 재해에 의한 입원이라도 제6조(보험금의 지급사유)의 입원간병인사용급여금(요양병원 제외)이 지급된 최종 사용일의 다음 날부터 180일이 지난 후 사용한 간병인은 새로운 입원에 대한 간병인의 사용으로 봅니다. 또한, 아래 <보상기간 예시>와 같이 사용급여금이 지급된 최종 사용일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에도 사용급여금이 지급된 최종 사용일의 다음 날부터

180일이 지난후 사용한 간병인은 새로운 입원에 대한 간병인의 사용으로 봅니다.

<보상기간 예시>



- ⑨ 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 만료 되었을 때에도 보험기간 만료 당시 현재 입원중인 입원기간에 사용한 간병인에 대하여는 사용급여금을 지급합니다.
- ⑩ 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 제4조(‘간병인’ 및 ‘간병서비스’의 정의) 제3항에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받을 때에는 입원간병인사용급여금(요양병원 제외)을 지급하지 않습니다.
- ⑪ 제6조(보험금의 지급사유)에서 간병인을 실제 사용한 날을 적용하며, 간병인을 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

→ 입원간병인사용급여금(요양병원 제외) 사용일수 : 64일

※ '실제 사용한 기간' 외의 입원기간에 대해서는 사용급여금을 지급하지 않습니다.

- ⑫ 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

- ⑬ 피보험자가 2가지 이상의 질병 또는 재해를 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병 또는 재해로 인한 사용급여금을 지급합니다.
- ⑭ 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 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), 입·퇴원확인서, 진료비세부내역서, 기타 간병인 사용 확인서 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 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.)
- ③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ④ 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 【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 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 해당

하는 경우를 제외하고는 제9조(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. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 보험금 등 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 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 제한 할 수 없습니다.
 1. 회사가 특약의 최초계약 체결당시에 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 대하여

- 는 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 알릴사항에 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 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 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 간병인사용입원(요양병원제외)특약Ⅱ(갱신형,비갱신형,무배당)_TW
 2. 간병인사용입원(요양병원제외)특약Ⅱ(무배당)_DW
- ④ 이 특약을 청약할 때 다음 조건 중 한 가지를 선택하여 청약하여야 합니다.
 1. 해약환급금 미지급형
 2. 표준형
- ⑤ 계약자는 특약을 청약할 때 다음 조건에 따라 청약하여야 합니다.
 1. 주계약이 「일반가입형」인 경우 이 특약의 1형(일반가입형)만 선택 가능
 2. 주계약이 「간편가입형Ⅱ」인 경우 이 특약의 2형(간편가입형Ⅱ)만 선택 가능
- ⑥ 제1항 및 제2항에 따라 1종(갱신형)을 선택하여 계약을 체결하는 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 계약의 보험기간이 끝난 후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.
- ⑦ 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
- ⑧ 제7항 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.
- ⑨ 제3항 1호의 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑩ 제9항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제10조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 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
- **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 사용

하여 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 이 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, 2형(간편가입형II) 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. 다만, 1종(갱신형)의 경우 보험료 납입기간의 변경이 제한되며, 2종(비갱신형) 해약환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간의 변경 및 보험가입금액의 변경은 제한됩니다.
- 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.

【 약관용어 설명 】

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

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 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 제한된 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 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 특

약의 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, 계약채결비용, 계약관리비용 위험률 등)을 기초로 보험업법 제 129조(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 10년 갱신형의 경우 10년 미만, 20년 갱신형의 경우 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 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 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 관련 규정이 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 따

라 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 바

에 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 ‘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 경과과기별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 ‘산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

해약환급금 관련 유의사항

< 해약환급금 미지급형 >

1. “해약환급금 미지급형”은 해지율을 적용하는 상품으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 “표준형” 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. “해약환급금 미지급형”은 “표준형”보다 해약환급금이 적거나 없는 대신 “표준형”보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
3. 제1호에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “표준형”의 해약환급금은 “산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
4. 회사는 “해약환급금 미지급형”의 계약을 체결할 때 이 보험의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “표준형”과 비교하여 안내하며, 비교 시 “표준형”보다 해약환급금이 적은 구간이 전체 구간의 50% 이상이 되도록 합니다.

제26조 【배당금의 지급】

이 특약은 무배당 보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7관 기타사항

제27조 【주계약 약관 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

- 1종(갱신형)

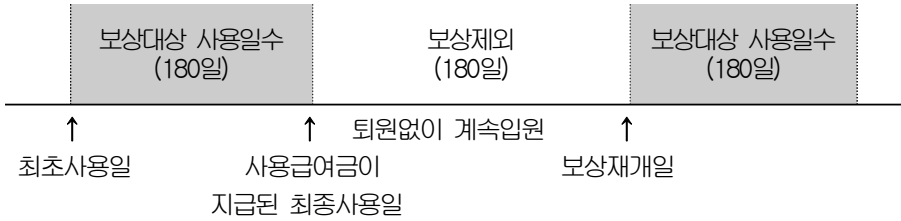
(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
입원간병인 사용급여금 (요양병원 제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘질병 및 재해’로 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 10만원
		간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 사용일수 1일당 20만원

1. 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘간병인을 사용하였을 때’는 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우를 말합니다.
2. 제6조(보험금의 지급사유)의 입원간병인사용급여금(요양병원 제외)은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자과 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)의 1회 입원당 사용일수는 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 사용일수는 갱신 전후에 계속되는 총 사용일수를 기준으로 1회 입원당 180일을 최고 한도로 하여 계산합니다. ‘사용일수’는 간병인의 사용일수를 말하고, ‘사용급여금’은 입원간병인사용급여금(요양병원 제외)을 말하며 이하 조항에도 동일하게 적용됩니다.
4. 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 질병 및 재해로 인하여 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 사용일수를 더하여 3.을 적용합니다.
5. 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 보고 각 사용일수를 더하여 3.을 적용합니다.
6. 4.에도 불구하고 동일한 질병 및 재해에 의한 입원이라도 제6조(보험금의 지급사유)의 사

용급여금이 지급된 최종사용일의 다음날부터 180일이 지난 후 사용한 간병인은 새로운 입원에 대한 간병인의 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 간병인은 새로운 입원에 대한 간병인의 사용으로 봅니다.

<보상기간 예시>



7. 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 당시 현재 입원중인 입원기간에 사용한 간병인에 대하여는 사용급여금을 지급합니다.
8. 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 제4조('간병인' 및 '간병서비스'의 정의) 제3항에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받을 때에는 입원간병인사용급여금(요양병원 제외)을 지급하지 않습니다.
9. 제6조(보험금의 지급사유)에서 간병인을 실제 사용한 날을 적용하며, 간병인을 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

→ 입원간병인사용급여금(요양병원 제외) 사용일수 : 64일

※ '실제 사용한 기간' 외의 입원기간에 대해서는 사용급여금을 지급하지 않습니다.

10. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

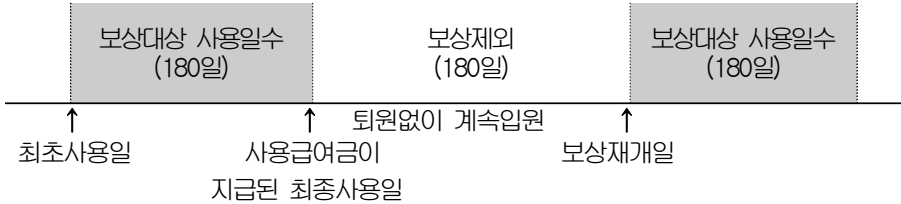
- 2종(비 갹 신 형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원간병인 사용급여금 (요양병원 제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 ‘질병 및 재해’로 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 10만원
		간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 사용일수 1일당 20만원

- 주) 1. 제6조(보험금의 지급사유)의 ‘간병인을 사용하였을 때’는 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우를 말합니다.
2. 제6조(보험금의 지급사유)의 입원간병인사용급여금(요양병원 제외)은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자과 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)의 1회 입원당 사용일수는 180일을 최고한도로 합니다. ‘사용일수’는 간병인의 사용일수를 말하고, ‘사용급여금’은 입원간병인사용급여금(요양병원 제외)을 말하며 이하 조항에도 동일하게 적용됩니다.
4. 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 질병 및 재해로 인하여 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 사용일수를 더하여 3.을 적용합니다.
5. 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 보고 각 사용일수를 더하여 3.을 적용합니다.
6. 4.에도 불구하고 동일한 질병 및 재해에 의한 입원이라도 제6조(보험금의 지급사유)의 사용급여금이 지급된 최종사용일의 다음날부터 180일이 지난 후 사용한 간병인은 새로운 입원에 대한 간병인의 사용으로 봅니다. 또한, 아래 <보상기간 예시>와 같이 사용급여금이 지급된 최종사용일부터 180일이 지나도록 되원 없이 계속 입원중인 경우에도 사용급여금이 지급된 최종사용일의 다음날부터 180일이 지난후 사용한 간병인은 새로운 입원에 대한 간병인의 사용으로 봅니다.

<보상기간 예시>



7. 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 당시 현재 입원중인 입원기간에 사용한 간병인에 대하여는 사용급여금을 지급합니다.
8. 제6조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 제4조('간병인' 및 '간병서비스'의 정의) 제3항에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받을 때에는 입원간병인사용급여금(요양병원 제외)을 지급하지 않습니다.
9. 제6조(보험금의 지급사유)에서 간병인을 실제 사용한 날을 적용하며, 간병인을 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

→ 입원간병인사용급여금(요양병원 제외) 사용일수 : 64일

※ '실제 사용한 기간' 외의 입원기간에 대해서는 사용급여금을 지급하지 않습니다.

10. 간병인사용입원(요양병원제외)특약Ⅱ(무배당)_TW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 '산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
11. 간병인사용입원(요양병원제외)특약Ⅱ(무배당)_DW를 가입한 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 계약자적립액은 지급되지 않으며, 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

[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 질병 관리청장이 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. 아토병 타. 신종감염병증후군
파. 중증급성호흡기증후군(SARS) 하. 중증호흡기증후군(MERS)
거. 동물인플루엔자 인체감염증 너. 신종인플루엔자 더. 디프테리아
3. (생략)

<항후 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 않습니다.

- 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 인하여 입원한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경

우

- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 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
(제10조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
입원간병인 사용급여금(요양병원 제외) (제6조)	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	-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(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.

선지급서비스특약 약관

제1 관 보험금의 지급

제1조 【보험금의 지급사유】

회사는 제12조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원의 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 피보험자의 남은 생존기간이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 청구서에 정한 바에 따라 주된 보험계약(이하 ‘주계약’이라 합니다) 사망보험금액의 일부를 선지급 사망보험금(이하 “보험금”이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.

제2조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 주계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 보고, 그 감액부분에 해당하는 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특약의 보험금 지급일 이후 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특약에 따라 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금액은 지급하지 않습니다.
- ② 이 특약의 보험금이 지급되기 전에 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특약의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 주계약 약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 이 특약의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 남은 생존기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 주계약에 보험계약대출이 있는 경우에는 그 보험계약대출의 원금과 이자를 뺀 금액을 지급합니다.
- ⑤ 이 특약의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 주계약 사망보험금액을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유)에 의하여 이 특약의 보험금이 지급될 경우 피보험자를 이 특약의 보험수익자로 합니다.

제3조 【보험금을 지급하지 않는 보험사고】

계약자, 피보험자, 수익자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 해당된 경우에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조 【보험금의 지정대리청구인】

① 피보험자가 이 특약의 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 보험기간 중(단, 보험금 지급사유 발생전) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(제5조(지정대리청구인의 변경지정)에 따른 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.

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

② 제1항에 따라 회사가 이 특약의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특약의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제5조 【지정대리청구인의 변경지정】

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 그 내용을 기재하여 드립니다.

1. 신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(가족관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사표시의 확인방법 포함)

제6조 【보험금의 청구】

피보험자 또는 지정대리청구인은 제12조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특약의 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원에서 발급한 진단서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)

4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
5. 기타, 피보험자 또는 지정대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특약의 보험금을 지급합니다. 다만, 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 피보험자와 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 피보험자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 이 항의 규정에 따른 의료비용은 회사가 부담합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따른 지급기일 내에 이 특약의 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 2 관 특약의 성립과 유지

제8조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때, 회사가 정하는 바에 따라 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 청약이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우나, 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금의 지급이 완료된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제9조 【회사의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나, 제8조(특약의 성립 및 소멸) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙한 때로부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제10조 【피보험자의 범위】

이 특약을 부가하는 주계약은 계약자와 피보험자가 동일한 보험계약이어야 합니다.

제11조 【특약 내용의 변경】

계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제12조 【특약의 보험기간】

- ① 이 특약의 보험기간은 특약을 부가한 날부터 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약이 갱신되는 경우에는 제1항에 규정한 “보험기간이 끝나는 날”을 “갱신 기간이 끝나는 날”로 대체합니다.

제 3 관 보험료의 납입

제13조 【특약 보험료의 납입】

이 특약의 보험료는 없습니다.

제14조 【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) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제9조(회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다.

제 4 관 특약의 해지

제15조 【계약자의 임의해지】

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

제 5 관 기타사항

제16조 【주계약에 사망보장특약이 부가되어 있는 경우의 특칙】

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 주계약에 사망보험금을 지급하는 특약(이하 “사망보장특약”이라 합니다)이 부가되어 있는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금액은 주계약의 사망보험금액과 사망보장특약의 사망보험금액을 더한 금액으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험금 청구가 있는 경우에는 계약자로부터 별도의 신청이 없는 한 제1조(보험금의 지급사유) 및 제17조(다른 특약의 취급)의 규정에 관계없이 청구일 현재 주계약 및 사망보장특약의 보험가입금액의 비율에 따라 이 특약의 보험금을 지급합니다.
- ③ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약에 대한 이 특약의 보험금은 사망보장특약의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지 청구할 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약이 갱신되는 경우에는 제3항에 규정한 “보험기간이 끝나는 날”을 “갱신기간이 끝나는 날”로 대체합니다.
- ⑤ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약의 경우에도 제10조(피보험자의 범위) 및 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 제6항의 규정을 동일하게 적용합니다.

제17조 【다른 특약의 취급】

주계약 사망보험금액의 일부가 지급된 경우 주계약에 부가되어 있는 각 특약의 효력은 계속되는 것으로 합니다.

제18조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

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 안와내 조직 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 I05~I09 I20~I25 I26~I28 I30~I52	급성 류마티스열 만성 류마티스심장질환 허혈심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 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	척추후만증 및 척추전만증
	M 41	척추측만증
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.

출산·육아휴직 보험료 납입유예특약 약관

제1조 【목적】

이 특약은 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다)가 별도로 정하는 주계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함합니다)의 보험료 납입을 유예하는 것을 목적으로 합니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 주계약 : 주된 보험계약을 말합니다.
2. 특약 : 주계약에 부가하는 보험계약을 말합니다.
3. 해당계약 : 이 특약의 적용을 받는 주계약 및 특약을 말합니다. 이때, 금리확정형 보장보험에 해당하는 계약 중 유효한 계약에 한하여 적용하며, 주계약 및 특약은 계약에 부가된 모든 보장성보험을 말합니다.
4. 해당계약 보험료 : 계속 납입하기로 약정한 해당계약의 보험료(이하 ‘보험료’라 합니다)를 말합니다.
5. 계약자 : 회사와 보험계약(이하 ‘계약’이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

제3조 【신청대상에 관한 사항】

- ① 이 특약은 해당계약의 계약자가 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 한하여 적용합니다.
 1. 「계약자 또는 계약자의 배우자(보험료 납입유예 신청일 기준 가족관계증명서 또는 주민등록등본상의 배우자로 하며, 이하 같습니다)」의 출산일로부터 1년 이내인 경우. 이때, 출산은 유산 및 사산의 경우는 포함하지 않습니다.
 2. 「계약자 또는 계약자의 배우자」가 육아휴직(육아기 근로시간 단축을 포함합니다) 기간 중인 경우
- ② 제1항 제2호의 육아휴직은 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 및 「국가공무원법」 등 관계 법령에서 정한 바에 따르며, 해당 법령(이하 ‘법령’이라 함

니다)의 개정에 따라 적용 대상의 기준이 변경된 경우에는 보험료 납입유예 신청 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

[육아휴직 예시]

「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조(육아휴직), 「국가공무원법」 제71조(휴직) 제2항 제4호 등에 따라 근로자 또는 공무원이 만8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 휴직을 말합니다.

[육아기 근로시간 단축 예시]

「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조2(육아기 근로시간 단축), 「국가공무원법」 제26조2(근무시간의 단축 임용 등)에 따라 근로자 또는 공무원이 만12세 이하 또는 초등학교 6학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 근로시간 단축을 말합니다.

제4조 【보험료 납입유예 신청에 관한 사항】

- ① 계약자는 주계약 보험료 납입기간 중 1회에 한하여 계약자가 제3조(신청대상에 관한 사항)에 따른 적용대상에 해당하는 경우 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입의 일시 중지(이하 ‘납입유예’라 합니다)를 신청할 수 있습니다. 이때, 계약자는 납입유예 신청 시 보험료 납입이 유예된 기간(이하 ‘납입유예기간’이라 합니다)을 「6개월 또는 12개월」 중 하나의 기간으로 선택해야 합니다. 이때 납입유예기간은 주계약의 보험료 납입주기 이상으로 선택 가능합니다.

[납입유예기간 예시]

주계약의 보험료 납입주기가 “연납”인 경우에는 납입유예기간은 12개월에 한하여 선택이 가능합니다.

- ② 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입유예를 신청하여야 합니다.
 1. 보험료 납입유예 신청서(회사 양식)
 2. 출산 또는 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)을 확인할 수 있는 서류
 - 가. 출산 : 출생증명서, 주민등록등본, 가족관계증명서
 - 나. 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) : 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) 확인서, 주민등록등본, 가족관계증명서
 3. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 신청할

수 없습니다.

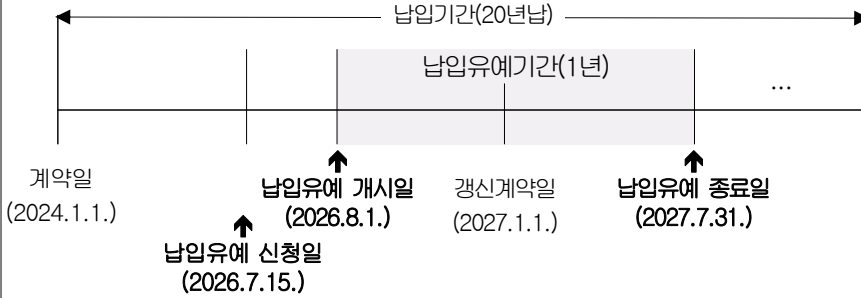
1. 이미 납입유예 또는 ‘출산후 1년 납입면제서비스’를 신청한 경우(제5조(보험료 납입유예에 관한 사항) 제7항에 따라 취소한 경우 및 다른 제도성특약을 통해 납입유예를 신청한 경우를 포함)
2. 주계약 보험료 납입이 완료된 계약(주계약 보험료 납입면제된 계약 및 주계약의 보험료 납입기간이 지난 계약을 포함) 또는 주계약의 보험료 의무납입이 종료된 계약
3. 보험료 납입연체가 있는 경우. 다만, 연체된 보험료를 모두 납입한 경우 납입유예 신청이 가능합니다.
4. 보험료 납입 일시중지 또는 자동대출납입이 적용된 계약
5. 중도인출 또는 보험계약대출이 적용된 계약
6. 주계약의 잔여 납입기간이 2년 미만인 경우(갱신형 주계약의 갱신일까지의 잔여 납입기간이 2년 미만인 경우 포함)
단, 주계약의 잔여 납입기간이 2년 미만이면서 1년 이상인 경우, 6개월 납입유예만 신청이 가능합니다.(갱신형 주계약의 갱신일까지의 잔여 납입기간이 2년 미만이면서 1년 이상인 경우 포함)
7. 납입유예기간 동안 납입하지 않을 해당계약 보험료(이하 ‘납입유예 보험료’라 합니다) 총액이 납입유예 신청 시점 해당계약의 해약환급금을 초과하는 경우. 단, ‘납입유예기간 중 갱신형보험의 갱신일이 도래하여 납입유예기간 동안 납입유예 보험료가 해당계약의 해약환급금을 초과하는지 판단할 수 없는 경우’에는 납입유예 신청일 기준의 갱신형 보험의 요율에서 갱신시 연령증가분만 반영하여 초과 여부를 판단합니다.

제5조 【보험료 납입유예에 관한 사항】

- ① 납입유예를 신청한 경우 계약자는 신청 이후 최초 도래하는 해당계약의 납입기일부터 납입유예기간동안 보험료를 납입하지 않으며 이 경우에도 회사는 납입유예기간동안 보험료가 정상적으로 납입된 경우와 동일하게 보장하고, 계약자적립액 등을 계산합니다.
- ② 납입유예기간 직후 최초로 도래하는 납입기일부터 납입유예기간과 동일 기간(이하 ‘납입유예 보험료 납입기간’이라 합니다)동안 납입유예 보험료와 최초로 도래하는 납입기일에 정상적으로 납입해야 할 정상보험료(이하 ‘납입유예 보험료 납입기간 정상보험료’라 합니다)를 함께 납입해야 합니다.
- ③ 제2항에서 납입유예기간 중 해당계약 갱신형보험의 갱신일 도래시, 갱신형보험의 납입유예 보험료는 갱신일 이전 기간에 대해서는 갱신 전 보험료, 갱신일 이후 기간에 대해서는 갱신 후 보험료로 합니다.

【보험료 납입유예에 대한 예시】

주계약 납입기간 20년, 갱신형 특약 갱신주기 3년납(전기납),
월납(납입기일 매월 1일), 납입유예기간 12개월(1년) 가정시



구분	납입보험료	납입유예기간 (1년)	납입유예 보험료 납입기간 (1년)	납입유예 보험료
주계약	20만원	2026.08.01. ~2027.07.31. (26.08.01 부터 12회)	2027.08.01. ~28.07.31. (매월 납입기일에 총 12회 납입)	20만원×12회
갱신형 특약	최초계약 : 3만원 1회차갱신계약 : 4만원			최초계약 : 3만원×5회 1회차갱신계약 : 4만원×7회

- ④ 납입유예 보험료 납입기간 동안 납입유예 보험료와 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 납입하지 않아 보험료의 납입이 연체되는 경우에는 주계약 약관 ‘보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지’ 조항에서의 보험료는 ‘납입유예 보험료’를 포함하는 것으로 보며, ‘납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용’에는 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 납입이 완료되지 않은 납입유예 보험료 전액이 차감된다는 내용을 포함합니다.
- ⑤ 제4항에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 주계약 약관 ‘보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)’ 조항에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이때, 주계약 약관 ‘보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)’ 조항에서의 보험료는 ‘납입유예 보험료’를 포함하는 것으로 봅니다.
- ⑥ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 해당계약 전체 또는 일부의 납입면제 사유 발생으로

보험료가 납입면제 된 경우, 계약자는 즉시 납입면제 되기 전까지의 해당계약의 납입유예 보험료 전체를 일시 납입하여야 하며, 주계약 약관 ‘보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지’ 조항에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 납입유예 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 해지될 수 있습니다.

- ⑦ 계약자는 납입유예기간동안 보험료를 납입할 수 없으며, 계약자가 납입유예기간이 종료되기 전에 보험료를 납입하고자 하는 경우에는 회사에 보험료 납입유예 취소 신청을 하고 보험료를 납입할 수 있습니다. 이 경우 납입유예기간은 그 때부터 종료되며, 계약자는 납입유예기간 종료 후 도래하는 해당계약 보험료 납입기일까지 해당계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 또한 납입유예 취소 신청시 납입유예 취소 신청전까지의 납입유예 보험료 전액을 일시에 납입하여야 합니다.
- ⑧ 제2항에도 불구하고 계약자의 선택에 따라 납입유예 보험료 납입기간 중에 납입유예 보험료를 일시에 납입하는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ⑨ 제2항에도 불구하고 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 선납하고자 하는 경우에는 납입유예 보험료를 일시에 납입해야 합니다. 이때, 선납 할인이 있는 경우에도 납입유예 보험료는 선납 할인 대상에서 제외합니다.
- ⑩ 제8항 및 제9항의 경우 납입유예 보험료 납입기간은 종료된 것으로 봅니다.
- ⑪ 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 보험가입금액 감액, 계약자, 납입기간 및 기타 계약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ⑫ 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 중도인출, 보험계약대출 및 중도부가서비스를 신청할 수 없습니다.
- ⑬ 회사는 납입유예기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입유예기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항 및 납입유예 신청 및 처리로 인해 계약에 적용되는 주요사항을 전자문서 등의 방법으로 안내합니다.
- ⑭ 회사는 해당계약의 전부 또는 일부에 대해 해약환급금 또는 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우 지급사유가 발생하기 전까지의 ‘각 지급금에 해당하는 해당계약의 납입유예 보험료’를 해약환급금 또는 보험금에서 차감하여 지급하거나, 일시 납입을 요구할 수 있으며 이 경우 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

제6조 【주계약 약관의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 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]

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 : 두넛콜 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>

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



MEMO



MEMO



MEMO