

제 일 나 이 스 건 강 보 험
보 통 보 험 약 관

제일 나이스 건강보험 약관

제1조(보험계약의 성립) ① 보험계약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다. (이하 보험계약은 "계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절할 수 있으며, 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 진단을 받지 아니하는 계약(이하 "무진단계약"이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 "진단계약"이라 합니다)은 진단일로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 교부합니다. 그러나, 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

제2조(피보험자 범위 및 자격의 득실) ① 이 계약의 피보험자는 개인계약의 경우에는 피보험자 본인으로 하고, 부부계약의 경우에는 주피보험자와 주피보험자의 호적상 또는 주민등록상의 배우자(이하 "종피보험자"라 합니다.)로 합니다. (이하 "주피보험자"와 "종피보험자"를 합하여 "피보험자"라 합니다)

② 부부계약의 경우 이 계약의 체결후 제1항에 해당되는 종피보험자는 그 해당된 날로부터 종피보험자의 자격을 취득합니다. 그러나, 종피보험자가 사망하였거나 별표4에서 정하는 "장애등급분류표" (이하 "장애분류표"라 합니다.) 중 제1급의 장애 (이하 장애분류표 중 제1급의 장애를 "제1급의 장애"라 합니다.) 상태가 된 후 새로이 제1항에 해당되는 자는 종피보험자의 자격을 취득하지 아니합니다.

③ 부부계약의 경우 종피보험자가 보험기간 중 제1항에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날로부터 종피보험자의 자격을 상실합니다. 이 경우 종피보험자가 사망 또는 제1급의 장애상태가 되지 않고 제1항에 해당되지 아니하게 된 때에는 계약자의 신청에 의하여 회사가 정한바에 따라 개인계약으로 계약을 변경하여 드립니다.

제3조(계약의 효력) ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때로부터 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때로부터 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다. [이하 제1회 보험료를 받은 날을 "책임개시일"이라 하며 책임개시일을 "보험계약일" (이하 "계약일"이라 합니다.) 로 봅니다.]

② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 책임개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 책임을 집니다.

③ 회사는 제2항의 규정에 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 책임을 지지 아니합니다.

1. 제17조(가입자의 고지의무)의 규정을 준용하여 회사가 책임을 지지 아니할 수 있는 경우
2. 제17조(가입자의 고지의무) 제1항의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명(證明)하는 경우

④ 계약 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별보 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 책임을 지지 아니합니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 제11조(성인병의 정의 및 진단확정)에서 정한 3대 성인병의 진단확정에 의한 진단급여금, 생활급여금 및 성인병(3대 성인병을 포함하며 이하 같습니다.)으로 인한 성인병 입원급여금, 성인병 간병급여금, 성인병 수술급여금 및 성인병 요양급여금에 대하여는 계약일로부터 그 날을 포함하여 3개월이 지난 날의 다음날을 책임개시일로 하며, 회사는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 책임을 집니다.

⑥ 제1항, 제2항 및 제5항의 규정에도 불구하고 부부계약에 있어서는 계약일의 다음날 이후에 제2조(피보험자의 범위 및 자격의 특실) 제2항의 규정에 따라 종피보험자가 된 자는 성인병에 대하여는 종피보험자로 된날로부터 그날을 포함하여 3개월이 지난 날의 다음날을, 성인병이외의 원인에 대하여는 종피보험자로 된 날을 책임개시일로 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다.

⑦ 개인계약은 피보험자가 사망 또는 제1급의 장애상태가 되었을 경우에, 부부계약은 주피보험자 및 종피보험자가 모두 사망하였거나 제1급의 장애상태가 된 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제4조(회사가 제작한 보험안내장등의 효력) 보험을 모집한 자(이하 "모집인등"이라 합니다)가 모집과정에서 사용한 회사(영업국, 영업소 및 대리점 포함) 제작의 보험안내장(서류, 사진, 도화등 모든 안내자료 포함) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 합니다.

제5조(계약 불성립시의 보험료의 반환) ① 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리고, 계약자가 청약을 철회한 때에는 3일 이내에 그 보험료를 돌려드립니다.

② 계약자가 청약을 철회한 경우에는 제1항의 반환기일의 다음날로부터 반환일까지의 기간에 대하여 약관대출이율로, 회사가 청약에 대한 승낙을 거절한 경우에는 보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제6조(약관교부 및 중요한 내용의 설명의무) ① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

② 계약자가 청약시까지 약관의 전달 및 그 중요한 내용을 설명받지 못한 것을 이유로 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리미 보험료를 받은 기간에 대하여 약관대출이율로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제7조(보험수익자의 지정) 이 계약에서 계약자가 보험수익자(이하 "수익자"라 합니다)를 지정하지 아니한 때에는 수익자를 제10조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 경우는 계약자로 하고 동조 동항 제2호 내지 제10호의 경우는 피보험자로 하며, 피보험자의 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제8조(대표자의 지정) ① 계약자 또는 수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우에 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대(連帶)로 합니다.

제9조(계약의 무효) 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그러나, 제1호의 경우 계약일 이전에 해당 피보험자가 성인병으로 진단확정된 사실을 계약자 또는 피보험자가 알고 있는 경우에는 이미 납입한 보험료도 돌려드리지 아니합니다.

1. 피보험자가 계약일 이전 또는 계약일로부터 성인병에 대한 책임개시일의 전일 이전에 성인병으로 진단이 확정되어 있는 경우(이 경우에는 계약자 또는 피보험자가 그 사실을 알고 있었거나 모르고 있었거나를 불문합니다)
2. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우

3. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 한 경우

제10조(보험금의 지급사유) ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 만기환급형의 경우 개인계약은 피보험자가, 부부계약은 주피보험자가 보험기간이 끝날때 까지 살아 있을 때 (제1급의 장애상태는 제외) : 만기급여금 지급
2. 보험기간 중 피보험자가 제3조(계약의 효력) 제5항에서 정한 3대 성인병의 진단확정에 대한 책임개시일 이후에 3대 성인병으로 분류된 "악성신생물"(이하 "암"이라 합니다), "허혈성 심질환" 및 "뇌혈관질환"의 분류항목 각각에 해당하는 최초의 3대 성인병으로 진단이 확정되었을 때 : 진단급여금 및 생활급여금 지급
3. 보험기간 중 피보험자가 제3조(계약의 효력) 제5항에서 정한 성인병에 대한 책임개시일 이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접 목적으로 하여 4일이상 계속입원(단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하였을 때 : 성인병 입원급여금 지급
4. 보험기간 중 피보험자가 제3조(계약의 효력) 제5항에서 정한 성인병에 대한 책임개시일 이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접 목적으로 하여 31일이상 계속 입원 하였을 때 : 성인병 간병급여금 지급
5. 보험기간 중 피보험자가 제3조(계약의 효력) 제5항에서 정한 성인병에 대한 책임개시일 이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 성인병 수술급여금 지급
6. 보험기간 중 피보험자가 제3조(계약의 효력) 제5항에서 정한 성인병에 대한 책임개시일 이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접 목적으로 하여 121일이상 계속입원후 사망 이외의 원인으로 퇴원 하였을 때 : 성인병 요양급여금 지급
7. 보험기간 중 피보험자가 별표5 (성인병분류표)에서 정하는 성인병으로 인하여 사망 하였거나, 그 성인병으로 인하여 제1급의 장애상태가 되었을 때 : 성인병 사망보험금 지급

8. 보험기간 중 피보험자가 별표3 (재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 사망 하였거나 제1급의 장애상태가 되었을 때 재해 사망보험금 지급
9. 보험기간 중 피보험자가 성인병 또는 재해이외의 원인으로 사망 하였거나 제1급의 장애상태가 되었을 때 일반 사망보험금 지급
10. 보험기간 중 피보험자가 재해보 인하여 장애분류표 중 제2급 내지 제6급의 장애상태가 되었을 때 장애급여금 지급

② 개인계약의 경우 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 제2급 내지 제3급의 장애상태가 되었을 때, 부부계약의 경우 보험료 납입기간 중 주피보험자 또는 종피보험자 중 1인이 사망하거나, 장애분류표 중 제1급 내지 제3급의 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 제2호의 진단급여금 및 생활급여금은 3대성인병으로 분류된 "암", "허혈성 심질환" 및 "뇌혈관 질환" 분류항목 각각에 대하여 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

④ 피보험자가 제3조(계약의 효력) 제5항에서 정한 3대 성인병에 대한 책임개시일 이후에 사망하고 그 후에 3대 성인병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 제2호의 진단급여금 및 생활급여금을 추가로 지급합니다. 단, 책임개시일의 전일 이전에 3대 성인병으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

⑤ 제1항 제2호의 생활급여금의 경우 제3조(계약의 효력) 제7항에서 정한 사유로 더 이상 이 계약이 효력을 가지지 않을 경우에는 잔여 생활급여금을 이 보험의 예정이율로 할인하여 일시에 선지급하여 드립니다.

⑥ 제1항 제3호의 경우 성인병 입원급여금의 지급일수는 1회입원당 120일을 최고한도로 하며, 제1항 제4호의 경우 성인병 간병급여금의 지급일수는 1회입원당 90일을 최고한도로 합니다.

⑦ 피보험자가 동일질병의 치료를 목적으로 제1항 제3호의 경우 4일 이상의 입원을 2회이상 하였을 때 1회입원으로 보아 각 입원일수를 합산하고 제1항 제4호의 경우 31일 이상의 입원을 2회이상 하였을 때 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제6항의 규정을 준용합니다. 그러나, 동일질병으로 인한 입원이라도 성인병 입원급여금, 성인병 간병급여금 또는 성인병 요양급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑧ 제1항 제3호 또는 제4호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제6항의 규정을 적용하여 성인병 입원급여금 또는 성인병 간병급여금을 계속 지급합니다.

⑨ 제1항 제5호의 경우 피보험자가 동시에 2종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1종류의 수술에 대하여만 성인병 수술급여금을 지급합니다.

㉔ 제1항 제6호의 경우 동일질병의 치료를 목적으로 180일 이내에 재입원하여 다시 퇴원하였을 경우에는 성인병 요양급여금을 지급하지 아니합니다.

㉕ 제1항 제8호 및 제9호의 경우 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失踪宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

㉖ 제1항 제10호의 경우 피보험자가 동일한 재해로 인하여 두 종목이상의 장애를 입었을 경우에는 그 각각에 해당하는 장애급여금을 수익자에게 드립니다. 그러나 그 장애상태가 신체의 동일부위에서 발생한 경우에는 최상위 등급에 해당하는 장애급여금만을 드립니다.

㉗ 제12항에 규정한 장애급여금의 지급사유가 다른 재해로 인하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 장애급여금을 수익자에게 드립니다. 그러나 그 장애가 이미 장애급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 장애일 때에는 새로이 발생한 장애에 해당하는 장애급여금에서 이미 지급한 장애급여금을 공제한 잔액을 드립니다.

㉘ 제12항에 있어서 그 재해전에 이미 다음중 한가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또 다시 제13항에 규정하는 장애의 상태가 발생되었을 때에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대하여는 이미 장애급여금이 지급된 것으로 보고 제13항 후단의 규정을 적용합니다.

1. 이 보험의 책임개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애.
2. 제1호 이외에 이 보험의 규정에 의하여 장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 장애급여금이 지급되지 않았던 장애.

㉙ 제1항 및 제2항의 경우 장애상태의 등급이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날 현재의 장애진단을 기준으로 장애상태의 등급을 결정합니다.

㉚ 제1항 또는 제2항의 규정에 불구하고 계약이 유효한 기간중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 180일 이내에 그 재해로 인하여 제1항 제8호, 제10호 또는 제2항의 사유가 발생한 때에는 회사가 책임을 집니다.

㉛ 피보험자가 보험기간 중 제1급의 장애상태가 된 후 제1항 제1호 내지 제10호에 해당되게 된 때에는 또다시 보험금등을 지급하지 아니합니다.

제11조(성인병의 정의 및 진단 확정) ① 이 계약에 있어서 "성인병"이라 함은 "한국표준질병사인분류"에 의하여 별표5에서 정하는 "성인병 분류표"에서 분류된 질병을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 "3대 성인병"이라 함은 "한국표준질병 사인분류"에 의하여 별표6 (대상이 되는 3대 성인병)에서 정하는 악성신생물 [진암병소 (Premalignant condition or condition with malignant potential)와 분류번호 173에 해당하는 질병으로 그 증상이 미미한 기저세포 신생물 및 편평상피 신생물(Basal cell carcinoma or squamous cell carcinoma)은 제외], 허혈성심질환 [진구성 심근경색증(분류번호 412), 협심증(분류번호 413) 및 기타형의 만성 허혈성 심질환(분류번호 414)은 제외] 및 뇌혈관질환 [일과성뇌허혈(분류번호 435)은 제외]으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 성인병의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에 규정된 병원 또는 의원(이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 포함합니다.)의 의사 또는 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 제3항의 규정에도 불구하고 허혈성 심질환 및 뇌혈관 질환의 진단확정은 의료법에 정한 병원(치과병원을 포함합니다)의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리조직학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 내시경, 심전도, 혈액검사등), 임상검사적 소견 및 수술 소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

제12조 (입원의 정의와 장소) 이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사에 의하여 성인병 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원(한의원은 제외합니다.) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제13조 (수술의 정의와 장소) 이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 성인병 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원(한의원은 제외합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 별표7 (성인병 수술분류표)에서 정한 성인병 수술을 하는 것을 말합니다

제14조 (배당금의 지급) ① 회사는 사업방법서에 의하여 계산된 금액을 금리차보장금으로 드립니다.

② 회사는 "계약자 배당준비금적립 및 배당에 관한 지침"에 따라 계약자에게 배당금을 드립니다.

제15조 (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고) ① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 등의 지급사유가 발생한 때에는 보험금 등을 드리지 아니하거나 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지(解止)할 수 있습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
그러나, 피보험자가 정신질환 상태에서 자신을 해친 경우와 계약의 체결입계시일(부활계약의 경우는 부활청약일)로부터 2년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 제1급의 장애상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나, 그 수익자가 보험금 등의 일부 수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금 등에 해당하는 해약환급금을 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

제16조 (전쟁, 기타 변란시의 보험금) 회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 사망하거나 장애분류표 중 제1급 내지 제6급의 장애상태가 되었을 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 재정경제원 장관의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 드리며 보험료의 납입을 면제하지 아니합니다.

제17조 (가입자의 고지의무) ① 계약자 또는 피보험자는 청약시 (건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 (이하 "고지의무"라 합니다) 합니다.
그러나, 의료법 제3조의 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

㉔ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치는 제1항의 고지의무를 위반한 때에는 보험금 지급사유 발생여부에 관계없이 회사는 계약을 해지할 수 있습니다. 그러나, 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 피사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 책임개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 (건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년) 이상 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본등)에 의하여 승낙문지를 할 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 피보험자의 직업 또는 직종에 관하여 사실대로 알리지 아니한 경우 (청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종은 제외)
5. 모집인등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우 (청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

㉕ 제2항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.

㉖ 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 청약서에 명시되어 있는 보험가입 한도액을 초과할 경우, 회사는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 보험가입 한도액으로 감액하며, 그 초과가입액에 대한 보험료는 돌려드립니다.

㉗ 제1항의 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 해당보험금을 드립니다.

제18조(계약취소권의 행사제한) 회사는 책임개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년) 이상 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나, 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일로부터 5년 이내(사기 사실을 안 날로부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 19조(보험료의 납입) ① 제 2회 이후의 보험료는 납입기간 중 계약자가 납입 기일까지 납입하여야 하며, 이 경우 회사가 발행한 영수증을 받아야 합니다. 단, 금융기관(우체국포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관 발행 증빙서류를 영수증으로 대신 합니다.

② 계약자가 보험료 납입기간 중 문서로 보험료의 납입방법, 수금방법 및 납입기간의 변경을 요구할 경우에는 회사는 그 방법을 변경하여 드립니다.

제 20조(보험금 지급사유의 발생통지) 수익자는 제 10조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 21조(주소변경 통지) ① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

② 제 1항의 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제 22조(보험료의 납입 연체시 계약의 효력) ① 제 2회 이후의 보험료 납입기일로 부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간(猶豫期間)"이라 합니다)으로 하며, 계약자가 유예기간이 끝날 때까지 보험료를 납입치 아니한 경우에는 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 계약자의 청구에 의하여 회사는 해약환급금을 드립니다.

② 보험료 수금방법이 회사의 방문수금 또는 계약자의 은행수납방법으로 약정되어 있는 경우에 회사의 수금불이행 또는 은행납입통지서의 미교부로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 제 1항의 규정에도 불구하고 제 1항의 납입기일로 부터 3개월이 되는날까지 계약은 계속 효력을 가집니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 은행납입통지서를 다시 교부하기로 한 경우에는 그 수금 또는 재 교부일로 부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제 1항을 적용합니다.

③ 회사는 보험료 납입기일까지 보험료를 납입하지 아니한 경우 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 유예기간이 끝나기 10일 이전까지 제 1항의 내용을 서면으로 알려드립니다.

제 23조(효력 상실된 계약의 부활) ① 계약이 효력상실(效力喪失)되었을 경우 계약자는 효력상실일로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(復活)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활을 청약한 날까지의 연체보험료에 8.5%범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 부활되는 계약의 책임개시, 승낙거절시의 보험료 반환 및 고지의무는 제 1조(보험계약의 성립) 제3항, 제3조(계약의 효력), 제5조(계약 불성립시의 보험료의 반환) 및 제17조(가입자의 고지의무)의 규정을 준용합니다.

제24조(보험금등 청구시 구비서류) ① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고 증명서 (사망진단서, 장해진단서, 3대 성인병 진단확인서, 입원 증명서, 수술증명서등)
3. 보험증권
4. 주민등록증 제시 (본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
5. 기타, 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

제25조(보험금등의 지급) ① 회사는 제24조(보험금등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드리거나, 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유에 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10일 이내에 드리거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제17조(가입자의 고지의무)와 관련하여 의료기관등에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날 부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다

④ 이 약관에 의한 해약환급금은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계산합니다. (별표2 "해약환급금 예시표" 참조)

⑤ 만기환급형의 경우 회사는 만기급여금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 알려 드립니다.

⑥ 만기급여금과 해약환급금은 그 사유가 발생한 날의 다음날로 부터 제1항의 규정에 의한 지급기일 까지의 기간에 대하여 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제26조(보험금 수령방법의 선택) ① 계약자(보험금 지급사유 발생후에는 수익자)는 회사의 사업방법서에 정한 바에 따라 제10조(보험금의 지급사유) 제1항 제7호 내지 제9호의 규정에 의한 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 제25조(보험금 등의 지급) 규정에 의한 일시금으로 지급받는 이외에 다른 지급방법을 선택할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 규정에 의하여 계약자(보험금 지급사유 발생후에는 수익자)의 요청에 의하여 그 지급방법을 변경한 때에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제27조(계약내용의 변경) ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험증권에 배서(背書)하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험가입금액
4. 계약자 또는 수익자
5. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 책임개시일로부터 1년 이상 경과 된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청 할 때에는 회사의 사업방법서에 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제3호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액 된 부분은 해약 된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(보험금 등의 지급) 제4항에 따라 이를 계약자에게 드립니다.

④ 계약자가 제1항 제4호 중 수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

⑤ 제1항의 규정에도 불구하고 계약자의 변경은 계약자가 사망, 파산, 이혼 또는 이혼등 불가피한 사유로 인하여 계약을 유지시킬 수 없는 경우에 가능 합니다.

제 28조 (계약자의 임의 해지) 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 드립니다.

제 29조 (약관대출) ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다.

② 계약자는 제 1항의 규정에 의한 약관대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 급여금 및 해약환급금등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다.

③ 회사가 약관대출이자의 납입지연 등을 이유로 약관대출 대상계약을 해지하고자 하는 경우에는 해지 10일 전까지 계약자에게 그 내용을 서면으로 통지하여야 합니다.

제 30조 (계약내용의 교환), 회사는 계약자의 동의를 받아 다음의 사항을 다른 회사에 제공할 수 있습니다.

1. 계약자 · 피보험자 및 수익자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목
3. 보험가입금액, 보험금과 각종 급부금의 금액 및 지급사유

제 31조 (회사의 손해배상책임) 회사는 계약과 관련하여 임·직원, 모집인 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여 관계법규 및 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제 32조 (분쟁의 조정) 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 보험감독원장에게 그 조정을 신청할 수 있습니다.

제 33조 (관할법원) 이 계약에 관한 소송은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다 다만, 회사와 계약자가 합의에 의하여 관할법원을 따로 정할 수 있습니다.

제 34조 (보험보증기금의 지급보장) 계약자 및 보험료 납부자가 법인이 아닌 계약에 대하여는 회사가 파산등으로 인하여 보험금등을 지급하지 못할 경우 보험보증기금이 1인당 5천만원 한도내에서 그 지급을 보장합니다.

제 35조 (준거법) 이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

(개인계약)

(기준 계약보험가입금액 1,000만원)

지급사유	급여명	지급내용	
		1종 (순수보장형)	2종 (만기환급형)
피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (약관 제10조 제1항 제1호)	만기급여금	-	이미 납입한 보험료
피보험자가 보험기간 중 제3조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 3대성인병으로 분류된 "암", "허혈성 심질환" 및 "뇌혈관질환" 분류항목 각각에 해당하는 최초의 3대 성인병으로 진단이 확정되었을 때 (약관 제10조 제1항 제2호)	진단급여금	3대 성인병 분류항목 각각에 대해 1회에 한하여 250만원	
	생활급여금	진단급여금 지급사유 발생일 익년도부터 5년간 매년 진단급여금 지급사유 발생해 당일에 50만원씩 지급	
피보험자가 보험기간 중 제3조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접목적으로 하여 4일이상 계속 입원하였을 때 (약관 제10조 제1항 제3호)	성인병 입원급여금	3일초과 입원일수 1일당 1만 5천원	
피보험자가 보험기간 중 제3조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접목적으로 하여 31일이상 계속 입원하였을 때 (약관 제10조 제1항 제4호)	성인병 간병급여금	30일초과 입원일수 1일당 1만원	
피보험자가 보험기간 중 제3조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때 (약관 제10조 제1항 제5호)	성인병 수술급여금	수술 1회당 50만원	

지 급 사 유	급 여 명	지 급 내 용	
		1종 (순수보장형)	2종 (만기환급형)
피보험자가 보험기간 중 제3조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접목적으로 하여 121일 이상 계속 입원후 사망이외의 원인으로 퇴원 하였을 때 (약관 제10조 제1항 제6호)	성인병 요양급여금	퇴원 1회당 50만원	
피보험자가 보험기간 중 성인병으로 인하여 사망하였거나 제1급의 장애상태가 되었을 때 (약관 제10조 제1항 제7호)	성인병 사망보험금	경과기간	지 급 액
		2년미만	100만원+이미 납입한 보험료
		2년이상	1,000만원+이미 납입한 보험료
피보험자가 보험기간 중 재해로 인하여 사망하였거나 제1급의 장애상태가 되었을 때 (약관 제10조 제1항 제8호)	재 해 사망보험금	1,000만원 + 이미 납입한 보험료	
피보험자가 보험기간 중 성인병 또는 재해 이외의 원인으로 사망하였거나 제1급의 장애상태가 되었을 때 (약관 제10조 제1항 제9호)	일 반 사망보험금	100만원 + 이미 납입한 보험료	
피보험자가 보험기간 중 재해로 인하여 장애분류표 중 제2급 내지 제6급의 장애상태가 되었을 때 (약관 제10조 제1항 제10호)	장애급여금	장애등급	지 급 액
		제2급	700만원
		제3급	500만원
		제4급	300만원
		제5급	150만원
		제6급	100만원

- 주) 1. 생활급여금은 이 보험의 예정이율로 할인하여 일시금으로 선지급 할 수 있습니다.
2. 보험료 납입이 면제된 경우 차회이후 보험료는 정상적으로 납입된 것으로 보아 만기급여금 및 사망보험금을 지급하여 드립니다.

(부 부 계 약)

(기준 · 계약보험가입금액 1,000만원)

지 급 사 유	급 여 명	지 급 내 용							
		1종 (순수보장형)	2종 (만기환급형)						
주피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (약관 제10조 제1항 제1호)	만기급여금	-	이미 납입한 보험료						
주피보험자 또는 종피보험자가 보험기간 중 제3조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 3대 성인병으로 분류된 "암", "허혈성 심질환" 및 "뇌혈관 질환" 분류항목 각각에 해당하는 최초의 3대 성인병으로 진단이 확정되었을 때 (약관 제10조 제1항 제2호)	진단급여금	3대성인병 분류항목 각각에 대해 1회에 한하여 <table border="1"> <tr> <th>구 분</th> <th>주피보험자</th> <th>종피보험자</th> </tr> <tr> <td>지 급 액</td> <td>250만원</td> <td>150만원</td> </tr> </table>		구 분	주피보험자	종피보험자	지 급 액	250만원	150만원
	구 분	주피보험자	종피보험자						
지 급 액	250만원	150만원							
생활급여금	진단급여금 지급사유 발생일 익년도부터 5년간 매년 진단급여금 지급사유 발생해 당일에 지급 <table border="1"> <tr> <th>구 분</th> <th>주피보험자</th> <th>종피보험자</th> </tr> <tr> <td>지 급 액</td> <td>50만원</td> <td>30만원</td> </tr> </table>		구 분	주피보험자	종피보험자	지 급 액	50만원	30만원	
구 분	주피보험자	종피보험자							
지 급 액	50만원	30만원							
주피보험자 또는 종피보험자가 보험기간 중 제3조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접목적으로 하여 4일이상 계속 입원하였을 때 (약관 제10조 제1항 제3호)	성인병 입원급여금	3일초과 입원일수 1일당 <table border="1"> <tr> <th>구 분</th> <th>주피보험자</th> <th>종피보험자</th> </tr> <tr> <td>지 급 액</td> <td>1만5천원</td> <td>9천원</td> </tr> </table>		구 분	주피보험자	종피보험자	지 급 액	1만5천원	9천원
구 분	주피보험자	종피보험자							
지 급 액	1만5천원	9천원							
주피보험자 또는 종피보험자가 보험기간 중 제3조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접목적으로 하여 31일이상 계속 입원하였을 때 (약관 제10조 제1항 제4호)	성인병 간병급여금	30일초과 입원일수 1일당 <table border="1"> <tr> <th>구 분</th> <th>주피보험자</th> <th>종피보험자</th> </tr> <tr> <td>지 급 액</td> <td>1만원</td> <td>6천원</td> </tr> </table>		구 분	주피보험자	종피보험자	지 급 액	1만원	6천원
구 분	주피보험자	종피보험자							
지 급 액	1만원	6천원							
주피보험자 또는 종피보험자가 보험기간 중 제3조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때 (약관 제10조 제1항 제5호)	성인병 수술급여금	수술 1회당 <table border="1"> <tr> <th>구 분</th> <th>주피보험자</th> <th>종피보험자</th> </tr> <tr> <td>지 급 액</td> <td>50만원</td> <td>30만원</td> </tr> </table>		구 분	주피보험자	종피보험자	지 급 액	50만원	30만원
구 분	주피보험자	종피보험자							
지 급 액	50만원	30만원							

지 급 사 유	급 여 명	지 급 내 용																		
주피보험자 또는 종피보험자가 보험기간 중 제3조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접목적으로 하여 121일 이상 계속 입원후 사망이외의 원인으로 퇴원 하였을 때 (약관 제10조 제1항 제6호)	성인병 요양급여금	퇴원 1회당 <table border="1"> <thead> <tr> <th>구 분</th> <th>주피보험자</th> <th>종피보험자</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>지 급 액</td> <td>50만원</td> <td>30만원</td> </tr> </tbody> </table>	구 분	주피보험자	종피보험자	지 급 액	50만원	30만원												
구 분	주피보험자	종피보험자																		
지 급 액	50만원	30만원																		
주피보험자 또는 종피보험자가 보험기간 중 성인병으로 인하여 사망하였거나 제1급의 장애 상태가 되었을 때 (약관 제10조 제1항 제7호)	성인병 사망보험금	<table border="1"> <thead> <tr> <th>경과 기간</th> <th>주피보험자</th> <th>종피보험자</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2년 미만</td> <td>100만원+이미 납입한 보험료</td> <td>60만원</td> </tr> <tr> <td>2년 이상</td> <td>1,000만원+이미 납입한 보험료</td> <td>600만원</td> </tr> </tbody> </table>	경과 기간	주피보험자	종피보험자	2년 미만	100만원+이미 납입한 보험료	60만원	2년 이상	1,000만원+이미 납입한 보험료	600만원									
경과 기간	주피보험자	종피보험자																		
2년 미만	100만원+이미 납입한 보험료	60만원																		
2년 이상	1,000만원+이미 납입한 보험료	600만원																		
주피보험자 또는 종피보험자가 보험기간 중 재해로 인하여 사망하였거나 제1급의 장애 상태가 되었을 때 (약관 제10조 제1항 제8호)	재 해 사망보험금	<table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>주피보험자</th> <th>종피보험자</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>지급 액</td> <td>1,000만원+이미 납입한 보험료</td> <td>600만원</td> </tr> </tbody> </table>	구분	주피보험자	종피보험자	지급 액	1,000만원+이미 납입한 보험료	600만원												
구분	주피보험자	종피보험자																		
지급 액	1,000만원+이미 납입한 보험료	600만원																		
주피보험자 또는 종피보험자가 보험기간 중 성인병 또는 재대 이외의 원인으로 사망하였거나 제1급의 장애상태가 되었을 때 (약관 제10조 제1항 제9호)	인 반 사망보험금	<table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>주피보험자</th> <th>종피보험자</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>지급 액</td> <td>100만원+이미 납입한 보험료</td> <td>60만원</td> </tr> </tbody> </table>	구분	주피보험자	종피보험자	지급 액	100만원+이미 납입한 보험료	60만원												
구분	주피보험자	종피보험자																		
지급 액	100만원+이미 납입한 보험료	60만원																		
주피보험자 또는 종피보험자가 보험기간 중 재해로 인하여 장애분류표 중 제2급 내지 제6급의 장애상태가 되었을 때 (약관 제10조 제1항 제10호)	장해급여금	<table border="1"> <thead> <tr> <th>장해등급</th> <th>주피보험자</th> <th>종피보험자</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>제2급</td> <td>700만원</td> <td>420만원</td> </tr> <tr> <td>제3급</td> <td>500만원</td> <td>300만원</td> </tr> <tr> <td>제4급</td> <td>300만원</td> <td>180만원</td> </tr> <tr> <td>제5급</td> <td>150만원</td> <td>90만원</td> </tr> <tr> <td>제6급</td> <td>100만원</td> <td>60만원</td> </tr> </tbody> </table>	장해등급	주피보험자	종피보험자	제2급	700만원	420만원	제3급	500만원	300만원	제4급	300만원	180만원	제5급	150만원	90만원	제6급	100만원	60만원
장해등급	주피보험자	종피보험자																		
제2급	700만원	420만원																		
제3급	500만원	300만원																		
제4급	300만원	180만원																		
제5급	150만원	90만원																		
제6급	100만원	60만원																		

- 주) 1. 생활급여금은 이 보험의 예정이율로 할인하여 일시금으로 선지급 할 수 있습니다.
2. 보험료 납입이 면제된 경우 치회이후 보험료는 정상적으로 납입된 것으로 보아 만기급여금 및 사망보험금을 지급하여 드립니다.

(별표2)

해 약 환 금 금 예 시 표

1. 개인계약 (기준 : 계약보험가입금액 10만원, 피보험자연령 40세, 20년만기 전개월납)

(남 자)

경과 기간	1 종 (순수보장형)		2 종 (만기환급형)	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1개월	162	0	298	0
1년	1,944	0	3,576	458
3년	5,832	2,222	10,728	6,519
5년	9,720	4,751	17,880	13,446
10년	19,440	9,102	35,760	31,080
15년	29,160	9,430	53,640	50,736
20년	38,880	0	71,520	71,520

(여 자)

경과 기간	1 종 (순수보장형)		2 종 (만기환급형)	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1개월	107	0	208	0
1년	1,284	0	2,496	0
3년	3,852	764	7,488	3,679
5년	6,420	2,375	12,480	8,608
10년	12,840	4,515	24,960	20,453
15년	19,260	4,292	37,440	33,930
20년	25,680	0	49,920	49,920

2. 부부계약 (기준 : 계약보험가입금액 10만원, 주피보험자연령 40세, 20년단기 전기월납)

(남 자)

경과 기간	1 중 (순수 보장형)		2 중 (만기 환급형)	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1개월	201	0	379	0
1년	2,412	131	4,548	754
3년	7,236	3,145	13,644	8,477
5년	12,060	6,216	22,740	17,268
10년	24,120	11,562	45,480	39,613
15년	36,180	11,728	68,220	64,321
20년	48,240	0	90,960	90,960

(여 자)

경과 기간	1 중 (순수 보장형)		2 중 (만기 환급형)	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1개월	208	0	427	0
1년	2,496	153	5,124	1,159
3년	7,488	3,115	15,372	9,683
5년	12,480	6,049	25,620	19,266
10년	24,960	10,752	51,240	43,720
15년	37,440	10,410	76,860	71,251
20년	49,920	0	102,480	102,480

(별표3)

재해분류표

=====

재해라 함은 우발적인 외래의 사고(다만, 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화 되었을 때에는 그 경미한 외부요인은 우발적인 외래의 사고로 보지 아니함)로서 다음 분류표에 따른 사고를 말한다.

* 이 분류는 한국표준질병사인분류(경제기획원 고시 제30호, 1979. 1. 1. 시행)중 "손상 및 중독의 외인에 대한 분류"에 의한 것임.

분 류 항 목

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 철도사고	E800 - E807
2. 자동차 교통사고	E810 - E819
3. 자동차 비교통사고	E820 - E825
4. 기타 도로교통기관사고	E826 - E829
5. 수상교통기관사고	E830 - E838
6. 항공기 및 우주교통기관사고	E840 - E845
7. 다른 곳에 분류되지 아니한 차량사고 (캐이블카, 곤돌라 등)	E846 - E848
8. 약물 및 의약품에 의한 불의의 중독. 다만, 의용약 또는 약물 접촉에 의한 알레르기 피부염은 제외한다.	E850 - E858
9. 기타의 고체 및 액체물질, 가스 및 증기에 의한 불의의 중독 다만, 한국표준질병사인분류상 001내지 799에 분류가 가능한 것은 제외한다.	E860 - E869
10. 외과적 및 내과적 치료중 환자의 재단. 다만, 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고는 제외한다.	E870 - E876
11. 불의의 추락	E880 - E888
12. 화재 및 화염에 의한 불의의 사고	E890 - E899
13. 자연 및 환경요인에 의한 불의의 사고 다만, 급격한 액체손실로 인한 탈수는 제외한다.	E900 - E909 (276 5)

분 류 항 목	분 류 번 호
14. 의수, 질식 및 이물에 의한 불의의 사고 다만, 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애는 제외한다.	E910 - E915
15. 기타 불의의 사고 다만, 과로 및 격렬한 운동으로 인한 사고는 제외한다.	E916 - E928 (E927)
16. 치료상 부작용을 일으키는 약품, 의약품 및 생물제제에 의한 사고	E930 - E949
17. 타살 및 타인의 가해에 의한 상해	E960 - E969
18. 법적개입. 다만, 처형은 제외한다	E970 - E978 (E978)
19. 불의인지 교의입지 분명치 않은 상해	E980 - E989
20. 전쟁행위에 의한 상해	E990 - E999
21. 전염병 예방법 제2조 제1항 제1종에 규정한 질병	

(별표 4)

장애 등급 분류표
=====

등 급	신 체 장 해
제 1 급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두눈의 시력을 완전영구히 잃었을 때 2. 말 또는 씹어먹는 기능을 완전영구히 잃었을 때 3. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때 4. 흉복부, 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때 5. 두팔의 손목이상을 잃었거나 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 두다리의 발목이상을 잃었거나 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 7. 한팔의 손목이상을 잃고, 한다리의 발목이상을 잃었을 때 8. 한팔의 손목이상을 잃고, 한다리를 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 9. 한다리의 발목이상을 잃고, 한팔을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때
제 2 급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 수시 간호를 받아야 할 때 2. 흉복부, 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 수시 간호를 받아야 할 때 3. 한팔 및 한다리를 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 4. 10손가락을 잃었거나 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 5. 한 팔 또는 한다리 중에서 제3급의 2부터 7까지중의 신체장애가 생기고 다른 한팔 또는 한다리중에서 제3급의 2부터 7까지중 또는 제 4급의 5부터 11까지중에서 신체장애가 발생되었을 때 6. 두귀의 청력을 완전영구히 잃었을 때
제 3 급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한눈의 시력을 영구히 잃었을 때 2. 한팔의 손목이상을 잃었을 때 3. 한팔 또는 한팔의 3대관절중 2관절을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 4. 한다리의 발목이상을 잃었을 때 5. 한다리 또는 한다리의 3대관절중 2관절을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 한손의 5손가락을 잃었을 때

등 급	신 체 장 해
	7. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 포함하여 4손가락을 잃었을 때 8. 10발가락을 잃었을 때 9. 척추에 뚜렷한 기형 또는 심한 운동장애를 영구히 남겼을 때
제 4 급	1. 두눈의 시력에 각각 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 2. 말 또는 씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 3. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생 일상생활 기본동작에 제한을 받게 되었을 때 4. 흉복부, 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생 일상생활 기본동작에 제한을 받을 때 5. 한팔의 3대관절중 1관절을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 한다리의 3대관절중 1관절을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 7. 한다리가 영구히 5cm 이상 단축되었을 때 8. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 잃었을 때 9. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락중 1손가락을 포함하여 3손가락 이상을 잃었을 때 10. 한손의 5손가락을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 11. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 포함하여 3손가락 이상을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 12. 10발가락을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 13. 한발의 5발가락을 잃었을 때 14. 한귀의 청력을 영구히 잃고 다른 귀의 청력에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 15. 척추에 뚜렷한 운동장애를 영구히 남겼을 때
제 5 급	1. 비장 또는 한쪽의 신장을 상실한 때 2. 한팔의 3대관절중 2관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 3. 한다리의 3대관절중 2관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 4. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락을 잃었을 때 5. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락중 1손가락을 포함하여 2손가락을 잃었을 때 6. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락 이외의 3손가락을 잃었을 때 7. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때

등 급	신 체 장 해
	<ul style="list-style-type: none"> 8. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락중 1손가락을 포함하여 3손가락 이상을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 9. 한발의 5발가락을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 10. 한발의 첫째발가락을 포함하여 2발가락 내지 4발가락을 잃었을 때 11. 두귀의 청력에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 12. 한귀의 청력을 완전영구히 잃었을 때 13. 코가 절손되고 그 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 14. 척추에 운동장애를 영구히 남겼을 때
계 6 급	<ul style="list-style-type: none"> 1. 한눈의 시력에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 2. 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 3. 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 4. 한다리가 영구히 3cm 이상 단축되었을 때 5. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 2손가락을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 7. 한손의 첫째손가락 및 둘째손가락 이외의 2손가락 이상을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때 8. 한손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 이외의 1손가락 또는 2손가락을 잃었을 때 9. 한발의 첫째발가락 또는 다른 4발가락을 잃었을 때 10. 한발의 첫째발가락을 포함하여 3발가락 이상을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때

(장애등급분류해설)

1. "항상간호"
항상 타인의 간호없이 생명의 유지가 불가능한 경우 또는 고도의 치매등으로 인하여 항상 타인의 간호가 필요한 경우를 말한다.
2. "수시간호"
"수시간호"란 다음의 경우를 말한다.
 - 1) 생명의 유지를 위하여 수시로 타인의 간호가 필요한 경우
 - 2) 정신장애로 인하여 자택밖의 행동이 곤란하여 수시로 타인의 보호가 필요한 경우
 - 3) 심장, 신장 또는 간장의 장기이식을 한 경우 또는 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석등의요처치를 평생토록 받아야 할 때
3. "일상생활 기본동작의 제한"
음식을 섭취, 배변·배뇨, 거동·보행 또는 목욕등을 하는데 있어 평생 심한 불편을 당하는 경우 또는 정신장애로 인하여 생활적응 능력이 떨어져 평생 정상적인 생활을 영위하는데 있어 심한 불편을 당하는 경우를 말한다.
4. "시력을 잃은 것"
시력이 0.02이하(시력의 측정은 국제식 시력검사표에 따라 한눈씩 교정시력에 대하여 측정함)로 되어 회복되지 않는 경우를 말한다.
5. "시력의 뚜렷한 장애"
시력이 0.06이하(시력의 측정은 국제식 시력검사표에 따라 한눈씩 교정시력에 대하여 측정함)로 되어 회복되지 않는 경우를 말한다.
6. "말 또는 씹어먹는 기능을 잃은 것"
가. "말의 기능을 완전영구히 잃은것"이란 다음의 경우를 말한다.
 - 1) 말과 소리내는 기능장애로서 구순음(口, ㅂ, ㅍ), 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ), 구개음(ㅅ, ㅈ), 후두음(ㅇ, ㅎ)중 3종류이상의 발음이 불가능하고 그 회복이 되지 않는 경우
 - 2) 뇌언어중추의 손상으로 인한 실어증으로서 음성언어에 의한 의사소통이 불가능하고 그 회복이 되지 않는 경우
 - 3) 성대 전부를 떼어냄으로서 발음이 불가능한 경우나. "씹어먹는 기능을 완전영구히 잃은 것"
물이나 유동식(미음등)이외의 것은 섭취할 수 없는 상태로 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.
7. "말 또는 씹어먹는 기능의 뚜렷한 장애"
가. "말의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남긴 것"
말과 소리를 내는 기능의 장애로서 구순음, 치설음, 구개음, 후두음중 2종류 이상의 발음이 불가능하고 그 회복이 되지 않는 경우를 말한다.
나. "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남긴 것"
죽 또는 이에 준하는 음식 이외의 것은 섭취할 수 없는 상태로 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.
8. "청력을 완전영구히 잃은 것"
주파수 500, 1000, 2000, 4000헬스의 경우에 청력상실의 정도를 각각 a, b, c, d 데시벨(청력검사단위)로 했을 때 $1/6(a+2b+2c+d)$ 의 값

- 이 80데시벨(청력검사단위)이상 (귓전에 접하여도 큰소리를 듣지 못하는 것)으로서 회복이 불가능한 경우를 말한다.
9. "청력의 뚜렷한 장애"

위의 방법에 따른 값이 60데시벨(청력검사단위) 이상 (40cm이상의 거리에서 보통의 말소리를 해독하지 못하는 것)으로서 회복이 불가능한 경우를 말한다.
 10. "코의 결손과 뚜렷한 장애"

코뼈가 결손된 경우로서 양코로 숨쉬는 것이 곤란하거나 또는 후각 기능을 잃고 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.
 11. "팔다리를 완전영구히 사용하지 못하는 것"

팔다리의 운동기능을 완전히 잃은 것을 말하며, 팔다리의 완전운동 마비 또는 팔다리 각각의 3대관절(팔은 어깨관절, 팔꿈치 관절, 손목, 다리는 골반관절, 무릎, 발목)의 완전강직으로 그 회복이 불가능한 경우를 말한다. 관절을 영구히 쓸 수 없는 경우(인공관절 포함)에도 이에 준한다.
 12. "팔다리 관절의 뚜렷한 장애"

팔다리 각각의 3대관절의 운동가능 영역이 생리적운동영역의 1/2 이하로 제한된 경우와 보행에 상당한 제한이 있는 동요관절의 경우를 말한다.
 13. "척추의 뚜렷한 기형 또는 운동장애"

가. "척추의 뚜렷한 기형"

통상의 의복을 착용하여도 외부로부터 보아서 확실히 알 수 있는 정도 이상의 것을 말한다.

나. "척추의 심한 운동장애"

목뼈 또는 가슴등뼈 이하가 전후 굽히기, 좌우 굽히기 및 좌우 회전 운동중 2종류이상의 운동이 생리적 범위의 1/4이하로 제한되는 경우를 말한다.

다. "척추의 뚜렷한 운동장애"

목뼈 또는 가슴등뼈 이하가 전후 굽히기, 좌우 굽히기 및 좌우 회전 운동중 2종류이상의 운동이 생리적 범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.

라. "척추의 운동장애"

목뼈 또는 가슴등뼈 이하가 전후 굽히기, 좌우 굽히기 및 좌우회전 운동중 2종류이상의 운동이 생리적 범위의 3/4 이하로 제한된 경우를 말한다.
 14. "손가락의 장애"

가. "손가락을 잃은 것"

첫째손가락은 지절간관절(끝에서 첫째마디), 기타의 손가락은 근위 지절간관절(끝에서 둘째마디) 이상을 잃은 것을 말한다.

나. "손가락을 완전 영구히 사용하지 못하는 것"

손가락의 원위지절간 관절(끝에서 첫째마디)[첫째 손가락은 말절골(끝에서 첫째마디)의 1/2] 이상을 잃은 경우 또는 손가락의 중수지절 관절(끝에서 마지막 마디) 또는 근위지절간 관절(끝에서 둘째마디)[첫째 손가락은 지절간 관절(끝에서 첫째마디)]이 완전강직되고, 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

15. "발가락의 장애"

가. "발가락을 잃은 것"

발가락 전부(첫째발가락의 경우 말절골 이상)를 잃은 것을 말한다.

나. "발가락을 완전 영구히 사용하지 못하는 것"

첫째 발가락은 말절골(끝에서 첫째마디)의 1/2이상 그 외 발가락은 원위지절간 관절(끝에서 첫째마디) 이상을 잃은 경우거나 중족지절관절(끝에서 마지막 마디) 또는 근위지절간 관절(끝에서 둘째마디) [첫째 발가락은 지절간 관절(끝에서 첫째마디)]이 완전강직되고 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

16. "신체의 동일부위"

가. 한팔에 대하여는 어깨관절이하(손가락, 손목이하, 팔꿈치이하, 어깨이하)를 모두 동일부위라 한다.

나. 한다리에 대하여는 골반관절이하(발가락, 발목이하, 무릎이하, 골반이하)를 모두 동일부위라 한다.

다. 눈 또는 귀의 장애에 대하여는 두눈 또는 두귀를 각각 동일부위라 한다.

라. 척추에 대하여는 목뼈이하를 모두 동일부위라 한다.

마. 장애등급분류표중 제1급의 5,6,7,8,9, 제2급의 3,4,5, 제3급의 8 또는 제4급의 12의 장애에 해당하는 경우는 두팔, 두다리, 한팔과 한다리, 10손가락 또는 발가락을 각각 동일부위라 한다.

(별표5)

성 인 병 분 류 표
=====

제11조에서 규정하는 '성인병'은 한국표준 질병사인분류(경제기획원 고시 제30호, 1979. 1. 1 시행)에 의해 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

대 상 성 인 병	분 류 번 호
1. 악성신생물	140 ~ 208
2. 당뇨병	250
3. 급성류마티얼 및 만성류마티성 심질환	390 ~ 398
4. 고혈압성 질환	401 ~ 405
5. 허혈성 심질환	410 ~ 414
6. 기타 심질환	415 ~ 429
7. 뇌혈관 질환	430 ~ 438

(별표6)

대상이 되는 3대성인병
=====

제11조에서 규정하는 악성신생물, 허혈성심질환 및 뇌혈관질환으로 분류되는 '3대성인병'은 한국표준 질병사인분류(경제기획원 고시 제30호, 1979. 1. 1 시행)에 의해 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

	대상이 되는 3대성인병	분류번호
악성신생물	1. 구순(口脣), 구강(口腔) 및 인두(咽頭)의 악성신생물	140 ~ 149
	2. 소화기 및 부속의 악성신생물	150 ~ 159
	3. 호흡기 및 흉곽내 장기의 악성신생물	160 ~ 165
	4. 뼈, 결합조직(結合組織), 피부 및 유방의 악성신생물	170 ~ 175
	5. 비뇨생식기의 악성신생물	179 ~ 189
	6. 기타 및 상세불명 부위의 악성신생물	190 ~ 199
	7. 림프조직 및 조혈조직의 악성신생물	200 ~ 208
허혈성심질환	1. 급성 심근경색증(心筋硬塞症)	410
	2. 기타 급성 및 아급성 허혈성심질환	411
뇌혈관질환	1. 거미 막하 출혈	430
	2. 뇌내출혈	431
	3. 기타 및 상세불명의 두개내 출혈	432
	4. 뇌전동맥(腦前動脈)의 폐색 및 협착증	433
	5. 뇌동맥의 폐색	434
	6. 불명확한 급성 뇌혈관질환	436
	7. 기타 및 불명확한 뇌혈관질환	437
	8. 뇌혈관질환의 후유증	438

(별표7)

성인병 수술분류표

수술종류	수술중류
근골의 수술(筋骨의手術) [발정술(拔釘術)은 제외함]	사지절단술(四肢切斷術) [손가락, 발가락은 제외함]
순환기의 수술 (循環器의手術)	관혈적 혈관형성술(觀血的血管形成術) 혈액투석용(血液透析用) Shunt형성술(形成術)을 제외함
	대동맥, 대정맥, 폐동맥, 관동맥수술 (大動脈, 大靜脈, 肺動脈, 冠動脈手術) [개흉, 개복술(開胸, 開腹術)을 수반하는 것]
	심막절개, 봉합술(心膜切開, 縫合術)
	직시하심장내수술(直視下心臟內手術)
	체내용(體內用) Pace Maker 매입술(埋入術)
내분비기의 수술 (內分泌器의手術)	부신전절제술(副腎全摘除術)
신경의 수술 (神經의手術)	두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術)
	신경관혈수술(神經觀血手術)[형성술, 이식술, 절제술, 감압술, 개방술, 염제술(形成術, 移植術, 切除術, 減壓術, 開放術, 捻除術)]
감각기, 시기의 수술 (感覺器, 視器의手術)	백내장, 수정체 관혈수술(白內障, 水晶體 觀血手術)
	망막 박리증 수술(網膜 剝離症 手術)
	Laser, 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구수술(眼球手術) [시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도함]
악성신생물의 수술 (惡性新生物의手術)	악성신생물근치수술(惡性新生物根治手術)
	악성신생물온열요법(惡性新生物溫熱療法) [시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도함]
	기타의 악성신생물수술(惡性新生物 手術)
상기 이외의 수술 (上記 以外の手術)	Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter에 의한 뇌, 후두, 흉부, 복부장기수술(腦, 喉頭, 胸部, 腹部臟器手術) [검사, 처치는 포함하지 않음 시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도함]
신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射)	신생물근치 방사선조사(新生物根治 放射線照射) [5,000 Rad 이상의 조사(照射)로 시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도함]

나이스 암치료특약 약관

나이스 암치료특약 약관

제1조 (특약의 체결 및 효력) ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험 계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)

② 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약에서 정한 보험계약일(이하 "계약일"이라 합니다)로부터 그 날을 포함하여 3개월이 지난날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날로부터 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다. 그러나, 부부계약의 경우 계약일의 다음날 이후에 제2조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)의 규정에 따라 종피보험자로 된 자에 대하여는 종피보험자로 된 날로부터 그 날을 포함하여 3개월이 지난 날의 다음 날을 책임개시일로 하여 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다.

③ 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 (피보험자의 범위 및 자격의 득실) ① 이 특약의 피보험자는 개인계약의 경우에는 주계약의 피보험자로 하고, 부부계약의 경우에는 주피보험자는 주계약의 주피보험자(이하 "주피보험자"라 합니다)로 하며, 종피보험자는 주계약의 종피보험자(이하 "종피보험자"라 합니다)로 합니다. (이하 "주피보험자"와 "종피보험자"를 합하여 "피보험자"라 합니다)

② 종피보험자의 자격 취득 및 상실은 주계약 약관의 규정을 준용 합니다.

제3조 (보험금의 지급사유) ① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생 한 때에는 보험수익자(이하 "수익자"라 합니다)에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었을 때 '진단급여금' 및 '생활급여금' 지급
2. 보험기간 중 피보험자가 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접 목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원(단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하였을 때 : 암 입원급여금 지급

3. 보험기간 중 피보험자가 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접 목적으로 하여 31일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 암 간병급여금 지급
4. 보험기간 중 피보험자가 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 암 수술급여금 지급
5. 보험기간 중 피보험자가 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접 목적으로 하여 121일 이상 계속하여 입원한 후 사망 이외의 원인으로 퇴원하였을 때 : 암 요양급여금 지급

㉔ 보험료 납입기간 중 주계약의 약관에서 정하는 바에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

㉕ 제1항 제1호의 경우 진단급여금 및 생활급여금은 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

㉖ 피보험자가 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항에서 정한 암에 대한 책임개시일 이후에 사망하고 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 제1호의 진단급여금 및 생활급여금을 추가로 지급합니다. 단, 책임개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

㉗ 제1항 제1호의 생활급여금의 경우 제1조(특약의 체결 및 효력) 제3항에서 정한 사유로 더 이상 이 계약이 효력을 가지지 않을 경우에는 잔여 생활급여금을 이 보험의 예정이율로 할인하여 일시에 선지급하여 드립니다.

㉘ 제1항 제2호의 경우 암 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 하며, 제1항 제3호의 경우 암 간병급여금의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고한도로 합니다.

㉙ 피보험자가 동일질병의 치료를 목적으로 제1항 제2호의 경우 4일 이상의 입원을 2회 이상 하였을 때 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하고 제1항 제3호의 경우 31일 이상의 입원을 2회 이상 하였을 때 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제6항의 규정을 준용합니다. 그러나, 동일질병으로 인한 입원이라도 암 입원급여금, 암 간병급여금 또는 암 요양급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

㉚ 제1항 제2호 또는 제3호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제6항의 규정을 적용하여 암 입원급여금 또는 암 간병급여금을 계속 지급합니다.

㉛ 제1항 제4호의 경우 피보험자가 동시에 2종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1종류의 수술에 대하여만 수술급여금을 지급합니다.

㉜ 제1항 제5호의 경우 동일질병의 치료를 목적으로 180일 이내에 재입원하여 다시 퇴원하였을 경우에는 암 요양급여금을 지급하지 아니합니다.

제4조(암의 정의 및 진단확정) ① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 "한국표준질병사인분류"에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(별표 3 "악성신생물 분류표"참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)의 별표3의 분류번호 173에 해당하는 질병으로 그 증상이 미미한 기저세포신생물 및 편평상피신생물(Basal cell carcinoma or squamous cell carcinoma)은 상가분류에서 제외합니다.

② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액 검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(특약의 보험기간 및 보험료의 납입) ① 이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조(보험료의 납입 연체시 특약의 효력) ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 계약자의 청구에 의하여 회사는 해약환급금을 드립니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입 유예기간(猶豫期間)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 계약자의 청구에 의하여 회사는 해약환급금을 드립니다.

제7조(효력상실된 특약의 부활) ① 회사는 이 특약의 부활(復活)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.

② 주계약의 부활청약시 계약자로 부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활하는 경우의 책임개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항의 규정을 따릅니다.

제 8조 (보험금등 청구시 구비서류) ① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(암진단확인서, 입원증명서, 수술증명서등)
3. 보험증권
4. 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
5. 기타, 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

제 9조 (보험금등의 지급) ① 회사는 제8조(보험금등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다.

② 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일 내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

③ 이 특약에 의한 해약환급금은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계산합니다. (별표2 "해약환급금 예시표" 참조)

④ 해약환급금은 그 사유가 발생한 날의 다음날로부터 제1항의 규정에 의한 지급기일 까지의 기간에 대하여 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제 10조 (특약내용의 변경) ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서(背書)하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 이를 계약자에게 드립니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경 할 수 없습니다.

제 11조 (계약자의 임의 해지) ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 드립니다.

② 제 1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 그 뜻을 배서하여 드립니다.

제 12조 (주계약 약관 및 단체취급 특약 규정의 준용) ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 준용합니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

(개인계약)

(기준 : 계약보험가입금액 1,000만원)

지급사유	급여명	지급내용
피보험자가 보험기간 중 제1조 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되었을 때 (약관 제3조 제1항 제1호)	진단급여금	1회에 한하여 250만원
	생활급여금	진단급여금 지급사유 발생일 익년도부터 5년간 매년 진단급여금 지급사유 발생해 당일에 50만원씩 지급
피보험자가 보험기간 중 제1조 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 4일이상 계속 입원하였을 때 (약관 제3조 제1항 제2호)	암 입원급여금	3일초과 입원일수 1일당 1만 5천원
피보험자가 보험기간 중 제1조 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 31일이상 계속 입원하였을 때 (약관 제3조 제1항 제3호)	암 간병급여금	30일초과 입원일수 1일당 1만원
피보험자가 보험기간 중 제1조 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때 (약관 제3조 제1항 제4호)	암 수술급여금	수술 1회당 50만원
피보험자가 보험기간 중 제1조 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 121일이상 입원후 사망이외의 원인으로 퇴원하였을 때 (약관 제3조 제1항 제5호)	암 요양급여금	퇴원 1회당 50만원

주) 생활급여금은 이 보험의 예정이율로 할인하여 일시금으로 선지급 할 수 있습니다.

(부 부 계 약)

(기준 : 계약보험가입금액 1,000만원)

지 급 사 유	급 여 명	지 급 내 용						
주피보험자 또는 종피보험자가 보험기간 중 제1조 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었을 때 (약관 제3조 제1항 제1호)	진단급여금	1회에 한하여 <table border="1"> <tr> <td>구 분</td> <td>주피보험자</td> <td>종피보험자</td> </tr> <tr> <td>지 급 액</td> <td>250만원</td> <td>150만원</td> </tr> </table>	구 분	주피보험자	종피보험자	지 급 액	250만원	150만원
	구 분	주피보험자	종피보험자					
지 급 액	250만원	150만원						
생활급여금	진단급여금 지급사유 발생일 익년도부터 5년간 매년 진단급여금 지급사유 발생해 당일에 지급 <table border="1"> <tr> <td>구 분</td> <td>주피보험자</td> <td>종피보험자</td> </tr> <tr> <td>지 급 액</td> <td>50만원</td> <td>30만원</td> </tr> </table>	구 분	주피보험자	종피보험자	지 급 액	50만원	30만원	
구 분	주피보험자	종피보험자						
지 급 액	50만원	30만원						
주피보험자 또는 종피보험자가 보험기간 중 제1조 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 4일이상 계속 입원하였을 때 (약관 제3조 제1항 제2호)	암 입원급여금	3일초과 입원일수 1일당 <table border="1"> <tr> <td>구 분</td> <td>주피보험자</td> <td>종피보험자</td> </tr> <tr> <td>지 급 액</td> <td>1만5천원</td> <td>9천원</td> </tr> </table>	구 분	주피보험자	종피보험자	지 급 액	1만5천원	9천원
구 분	주피보험자	종피보험자						
지 급 액	1만5천원	9천원						
주피보험자 또는 종피보험자가 보험기간 중 제1조 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 31일이상 계속 입원하였을 때 (약관 제3조 제1항 제3호)	암 간병급여금	30일초과 입원일수 1일당 <table border="1"> <tr> <td>구 분</td> <td>주피보험자</td> <td>종피보험자</td> </tr> <tr> <td>지 급 액</td> <td>1만원</td> <td>6천원</td> </tr> </table>	구 분	주피보험자	종피보험자	지 급 액	1만원	6천원
구 분	주피보험자	종피보험자						
지 급 액	1만원	6천원						
주피보험자 또는 종피보험자가 보험기간 중 제1조 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때 (약관 제3조 제1항 제4호)	암 수술급여금	수술 1회당 <table border="1"> <tr> <td>구 분</td> <td>주피보험자</td> <td>종피보험자</td> </tr> <tr> <td>지 급 액</td> <td>50만원</td> <td>30만원</td> </tr> </table>	구 분	주피보험자	종피보험자	지 급 액	50만원	30만원
구 분	주피보험자	종피보험자						
지 급 액	50만원	30만원						
주피보험자 또는 종피보험자가 보험기간 중 제1조 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 121일이상 입원후 사망이 의의 원인으로 퇴원하였을 때 (약관 제3조 제1항 제5호)	암 요양급여금	퇴원 1회당 <table border="1"> <tr> <td>구 분</td> <td>주피보험자</td> <td>종피보험자</td> </tr> <tr> <td>지 급 액</td> <td>50만원</td> <td>30만원</td> </tr> </table>	구 분	주피보험자	종피보험자	지 급 액	50만원	30만원
구 분	주피보험자	종피보험자						
지 급 액	50만원	30만원						

주) 생활급여금은 이 보험의 예정이율로 할인하여 일시금으로 선지급 할 수 있습니다.

(별표2)

해약환급금 예시표

1. 개인계약 (기준 : 특약보험가입금액 10만원, 피보험자연령 40세, 20년만기 전기월납)

경과 기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1개월	27	0	20	0
1년	324	0	240	0
3년	972	379	720	78
5년	1,620	861	1,200	356
10년	3,240	1,654	2,400	667
15년	4,860	1,650	3,600	612
20년	6,480	0	4,800	0

2. 부부계약 (기준 : 특약보험가입금액 10만원, 주피보험자연령 40세, 20년만기 전기월납)

경과 기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1개월	36	0	40	0
1년	432	0	480	9
3년	1,296	522	1,440	534
5년	2,160	1,087	2,400	1,088
10년	4,320	2,012	4,800	1,896
15년	6,480	1,954	7,200	1,733
20년	8,640	0	9,600	0

(별표 3)

악성신생물 분류표

=====

제 4조에 규정하는 암은 한국표준 질병사인분류(경제기획원 고시 제30호, 1979.1.1 시행)에 의해 악성신생물로 분류되는 다음의 질병을 말합니다.

대상, 악성 신생물	분류 번호
1. 구순(口脣), 구강(口腔) 및 인두(咽頭)의 악성신생물	140 ~ 149
2. 소화기 및 복막의 악성신생물	150 ~ 159
3. 호흡기 및 흉곽내 장기의 악성신생물	160 ~ 165
4. 뼈, 결합조직(結合組織), 피부 및 유방의 악성신생물	170 ~ 175
5. 비뇨생식기의 악성신생물	179 ~ 189
6. 기타 및 상세불명 부위의 악성신생물	190 ~ 199
7. 림프조직 및 조혈조직의 악성신생물	200 ~ 208

제 10회 이후 수정국제질병, 상해 및 사인통계분류에 있어서 상기 질병 이외에 제 4조 제 1항에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

<이 특약의 약관은 특약가입자에게 본인형, 부부형, 가족형 중 본인형 및 부부형 약관의 내용만을 적용합니다.>

입원특약약관

제 1 조(특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 부부형, 가족형 중 선택하여 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.
(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다.
- ③ 주계약이 해지(解止), 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)

- ① 본인형의 경우 이 특약의 피보험자는 주계약의 주피보험자로 하고, 부부형 및 가족형의 경우 이 특약의 주피보험자는 주계약의 계약자 또는 주피보험자(주계약의 계약자와 주피보험자가 상이할 경우에는 주피보험자)로 하며 종피보험자는 부부형의 경우 제2항 제1호, 가족형의 경우 제2항 제1호 및 제2호에 정한 자로 합니다.
- ② 이 특약의 종피보험자는 다음에 해당되는 자로 합니다.(이하 “주피보험자”와 “종피보험자”를 합하여 “피보험자”라 합니다)
 1. 주피보험자의 배우자
 2. 주피보험자의 만22세 이하의 미혼자녀
- ③ 이 특약의 체결시 또는 체결후 제2항에 해당되는 자는 그 해당하는 날에 종피보험자의 자격을 취득합니다.
그러나 보험기간중 제2항에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날로부터 종피보험자의 자격을 상실하며 계약체결시의 종피보험자가 사망 또는 별표4에서 정하는 “장해등급분류표”상의 제1급의 장해상태가 된 경우에는 종피보험자를 변경할 수 없습니다.

제 3 조(보험금 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 특약의 보험기간중 별표2(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표1의 지급조건 중 계약자가 선택한 일정기간 이상 계속하여 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다)하였을 때에는 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)에게 약정한 입원급여금(별표1 “보험금의 지급기준표”참조)을 지급합니다.
- ② 제1항의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ③ 제2항의 경우 피보험자가 동일 질병 또는 재해로 인하여 4일 이상의 입원을 2회이상 한 경우에는 1회입원으로 보고서 각 입원일수를 합산하고 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ④ 제1항의 경우 피보험자가 입원기간중에 보험기간이 만료된 경우에는 그 계속중인 입원기간에 대하여도 제2항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제1항의 규정에 불구하고 특약이 유효한 기간중에 피보험자에게 별표3(재해분류표)에서 정하는 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 180일 이내에 그 재해로 인하여 제1항의 사유가 발생한 때에는 회사가 책임을 집니다.
- ⑥ 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제 4 조(입원의 정의와 장소)

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원(한 의원은 제외합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

- ① 회사는 다음중 어느 한가지의 경우에 의하여 입원급여금 지급사유가 발생한 때에는 입원급여금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
그러나 피보험자가 정신질환 상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

그러나 그 수익자가 입원급여금의 일부 수익자인 경우에는 그 잔액은 다른 수익자에게 드립니다.

② 회사는 제1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 입원급여금에 해당하는 해약환급금을 드립니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 않습니다.

③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제 6 조(특약의 보험기간 및 보험료의 납입)

① 이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간 까지로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 7 조(보험료 납입연체시 특약의 효력)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 때에는 주계약의 보험료 납입 유예기간(猶豫期間)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 8 조(효력상실된 특약의 부활)

① 회사는 이 특약의 부활(復活)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에만 한하여 주계약 약관의 부활의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.

② 주계약의 부활청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.

제 9 조(보험금등 청구시 구비서류)

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 입원급여금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 병원 또는 의원의 입원증명서
3. 보험증권
4. 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
5. 기타, 수익자가 입원급여금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 입원증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

제 10 조(보험금등의 지급)

① 회사는 제9조(보험금등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 입원급여금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 입원급여금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10일 이내에 드립니다.

② 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일내에 입원급여금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 약관 대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

③ 이 특약이 효력상실 또는 해지 되었을 경우 [제5조(보험금을 지급하지 아니하는 보험사고) 제2항 제2호, 제7조(보험료 납입연체시 특약의 효력), 제11조(특약내용의 변경) 제2항, 제12조(계약자의 임의해지) 제1항]의 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 계산합니다.

④ 제3항의 해약환급금은 그 사유가 발생한 날의 다음 날로부터 제1항의 규정에 의한 지급기일까지의 기간에 대하여 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제 11 조(특약내용의 변경)

① 계약자는 특약의 보험기간중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.

이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 이를 계약자에게 드립니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간중 입원급여금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 12 조(계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해약환급금을 드립니다.

② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 13 조(주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

해약환급금 예시표

┌ 특약보험가입금액 : 10만원
 │ 보험기간 : 30년만기
 │ 가입연령 : 40세
 └ 납입방법 : 전기월납

(본인형)

구 분	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	372	95	372	98
3년	1,116	269	1,116	276
5년	1,860	418	1,860	428
7년	2,604	538	2,604	551
10년	3,720	657	3,720	670
15년	5,580	587	5,580	592
20년	7,440	0	7,440	0

(본인형)

구 분	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	564	149	600	148
3년	1,692	436	1,800	416
5년	2,820	689	3,000	645
7년	3,948	895	4,200	829
10년	5,640	1,101	6,000	1,000
15년	8,460	1,012	9,000	885
20년	11,280	0	12,000	0

<별표 1>

보험금의 지급기준표

지 급 조 건	지 급 액
3일을 초과하는 입원일수 1일당	(본인형) : 특약보험가입금액의 1/1000 해당액 (부부형) 주피보험자 : 특약보험가입금액의 1/1000 해당액 배 우 자 : 특약보험가입금액의 0.6/1000 해당액

질병 및 재해 분류표

(한국표준질병사인분류)

분 류 항 목	분 류 번 호
I. 감염성 및 기생충성 질환	000~139
II. 신생물	140~239
III. 내분비, 영양 및 대사질환과 면역장애	240~279
IV. 혈액 및 조혈기의 질환	280~289
VI. 신경계 및 감각기의 질환	320~389
VII. 순환기계의 질환	390~459
VIII. 호흡기계의 질환	460~519
IX. 소화기계의 질환	520~579
X. 비뇨생식기계의 질환	580~629
XI. 임신, 분만 및 산욕의 합병증	630~676
XII. 피부 및 피하조직의 질환	680~709
XIII. 근골격계 및 결합조직의 질환	710~739
XV. 주산기에 관련된 일정한 병태	760~779
XVI. 증상, 징후 및 불명확한 병태	780~799
XVII. 손상 및 중독	800~999
-손상 및 중독의 외인에 대한 보조분류	E800~E999
· 전염병 예방법 제2조 제1항 제1종에 규정한 질병	
· 치료상 부작용을 일으키는 약품, 의약품 및 생물제재에 의한 사고	

(주) 다음 사항은 입원급여금 또는 보험료 납입면제의 지급대상에 제외함.

1. 정신장애(심신상실, 심신박약을 포함합니다)로 인하여 입원한 경우
2. 선천적인 장애로 인하여 입원한 경우
3. 마약, 습관성의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
4. 치의보철과 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산등으로 인하여 입원한 경우
5. 치료를 수반하지 아니하는 건강진단(인간 도-크 검사를 포함합니다.), 미용상의 처치, 질병을 직접적인 원인으로 하지아니하는 불임수술·재왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우

〈별표 3〉

재 해 분 류 표

재해라 함은 우발적인 외래의 사고(다만, 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외
부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 그 경미한 외부요인은
우발적인 외래의 사고로 보지 아니함)로서 다음 분류표에 따른 사고를 말한다.

* 이 분류는 한국표준질병사인분류(경제기획원 고시 제30호, 1979. 1. 1. 시행)중 “손상
및 중독의 외인에 대한 분류”에 의한 것임.

분 류 항 목

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 철도사고	E800-E807
2. 자동차 교통사고	E810-E819
3. 자동차 비교통사고	E820-E825
4. 기타 도로교통기관사고	E826-E829
5. 수상교통기관사고	E830-E838
6. 항공기 및 우주교통기관사고	E840-E845
7. 다른 곳에 분류되지 아니한 차량사고 (케이블카, 곤돌라 등)	E846-E848
8. 약물 및 의약품에 의한 불의의 중독. 다만, 외용약 또는 약물 접촉에 의한 알레르기 피부염은 제외한다.	E850-E858
9. 기타의 고체 및 액체물질, 가스 및 증기에 의한 불의의 중독 다만, 한국표준질병사인분류상 001내지 799에 분류가 가능한 것은 제외한다.	E860-E869
10. 외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난. 다만, 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고는 제외한다.	E870-E876
11. 불의의 추락	E880-E888
12. 화재 및 화염에 의한 불의의 사고	E890-E899

13. 자연 및 환경요인에 의한 불의의 사고 다만, 급격한 액체손실로 인한 탈수는 제외한다.	E900-E909 (276.5)
14. 익수, 질식 및 이물에 의한 불의의 사고 다만, 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애는 제외한다.	E910-E915
15. 기타 불의의 사고 다만, 과로 및 격렬한 운동으로 인한 사고는 제외한다.	E916-E928 (E927)
16. 치료상 부작용을 일으키는 약품, 의약품 및 생물제제에 의한 사고	E930-E949
17. 타살 및 타인의 가해에 의한 상해	E960-E969
18. 법적 개입 다만, 처형은 제외한다.	E970-E978 (E978)
19. 불의인지 고의인지 분명치 않은 상해	E980-E989
20. 전쟁행위에 의한 상해	E990-E999
21. 전염병 예방법 제2조 제1항 제1종에 규정한 질병	

(별표 4)

장 해 등 급 분 류 표

동 급	신 체 장 해
제1급	<ol style="list-style-type: none">1. 두눈의 시력을 완전영구히 잃었을 때2. 말 또는 씹어먹는 기능을 완전영구히 잃었을 때3. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때4. 흉복부, 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때5. 두팔의 손목이상을 잃었거나 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때6. 두다리의 발목이상을 잃었거나 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때7. 한팔의 손목이상을 잃고, 한다리의 발목이상을 잃었을 때8. 한팔의 손목이상을 잃고, 한다리를 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때9. 한다리의 발목이상을 잃고, 한팔을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 때

(장애등급분류 해설)

1. “항상간호”

항상 타인의 간호없이 생명의 유지가 불가능한 경우 또는 고도의 치매등으로 인하여 항상 타인의 간호가 필요한 경우를 말한다.

2. “시력을 잃은 것”

시력이 0.02이하(시력의 측정은 국제식 시력검사표에 따라 한눈씩 교정시력에 대하여 측정함)로 되어 회복되지 않는 경우를 말한다.

3. “말 또는 씹어먹는 기능을 잃은 것”

가. “말의 기능을 완전영구히 잃은 것”이란 다음의 경우를 말한다.

- 1) 말과 소리내는 기능장애로서 구순음(ㄱ, ㅋ, ㆁ), 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ), 구개음(ㅈ, ㅊ), 후두음(ㅇ, ㆁ)중 3종류이상의 발음이 불가능하고 그 회복이 되지 않는 경우
- 2) 뇌언어중추의 손상으로 인한 실어증으로서 음성언어에 의한 의사소통이 불가능하고 그 회복이 되지 않는 경우
- 3) 성대 전부를 떼어냄으로서 발음이 불가능한 경우

나. “씹어먹는 기능을 완전영구히 잃은 것”

물이나 유동식(미음등) 이외의 것은 섭취할 수 없는 상태로서 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

4. “팔다리를 완전영구히 사용하지 못하는 것”

팔다리의 운동기능을 완전히 잃은 것을 말하며, 팔다리의 완전운동 마비 또는 팔다리 각각의 3대관절(팔은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목, 다리는 골반관절, 무릎, 발목)의 완전 강직으로 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

관절을 영구히 쓸수 없는 경우(인공관절포함)에도 이에 준한다.

신체부위의 설명도

