
랄랄라건강보험 약관

랄랄라건강보험 약관

제 1조 【보험계약의 성립】

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 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 철회할 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.

제 2조 【5대질환의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “5대질환”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표5(성인병 분류표)에서 정하는 질병을 말합니다.
- ② 5대질환의 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.

제 3조 【3대성인병의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “3대성인병”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표6(대상이 되는 3대성인병)에서 정하는 악성신생물[전암병소 (Premalignant condition or condition with malignant potential)와 분류번호 C44에 해당하는 질병으로 그 증상이 미미한 기저세포 신생물 및 편평상피 신생물 (Basal cell carcinoma or squamous cell carcinoma)은

제외), 허혈성 심장질환[협심증(분류번호 I20) 및 만성 허혈성 심장질환(분류번호 I25)은 제외] 및 뇌혈관질환 [일과성대뇌 허혈성 발작 및 관련 증후군(분류번호 G45)은 제외]으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 사 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. 다만, 임상학적 진단 후 조직 또는 혈액검사를 통해 임상학적 진단과 동일한 암진단이 확정될 경우에는 임상학적 진단일을 암의 진단 확정일로 봅니다.

③ 허혈성심장질환 및 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법에 정한 병원(치과병원을 포함합니다)의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리조직학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상검사적 소견 및 수술 소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

제 4조 【과로·스트레스 관련 현대인의 10대질환의 정의】

이 계약에 있어서 “과로·스트레스 관련 현대인의 10대질환”이라 함은 한국표준질병 사인분류의 기본분류에 있어서 별표7(위·폐·간 질환(암제외) 분류표)에서 정하는 질병(이하 “10대질환”이라 합니다)을 말합니다. 다만, 암은 상기분류에서 제외합니다.

제 5조 【상피내암의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(별표8 “상피내의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의

전문 의사 자격증을 가진 자에 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 상피내암에 대한 임상학적 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 다만, 임상학적 진단 후 조직 또는 혈액검사를 통해 임상학적 진단과 동일한 상피내암진단이 확정될 경우에는 임상학적 진단일을 상피내암의 진단 확정일로 봅니다.

제 6조 【입원의 정의와 장소】

이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자에 의하여 5대질환, 상피내암 또는 10대질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원(한의원은 제외합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사 또는 한의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 7조 【수술의 정의와 장소】

이 계약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 5대질환, 상피내암 또는 별표4(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원(한의원은 제외합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 별표 9(성인병 수술분류표)에서 정한 수술 또는 상피내암의 수술을 하거나 질병 또는 재해로 인하여 별표10(수술분류표)에서 정한 수술을 하는 것을 말합니다.

제 8조 【계약의 효력】

① 회사는 계약의 청약울 승낙하고 제1회 보험료를 받

은 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. 제19조(가입자의 고지의무)의 규정을 준용하여 회사가 책임을 지지 아니할 수 있는 경우
2. 제19조(가입자의 고지의무) 제1항의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

④ 계약 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 책임을 지지 아니합니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 제2조(5대질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 5대질환, 제3조(3대 성인병의 정의 및 진단확정)에서 정한 3대 성인병 또는 제5조(상피내양의 정의 및 진단확정)에서 정한 상피내양의 진단확정에 의한 쾌유기원자금, 생활비, 입원비, 원기회복자금, 통원비 및 보약자금에 대하여는 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 책임개시일로 하며 회사는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 책임을 집니다.

⑥ 보험기간 중 피보험자가 사망 [생사가 분명하지 않은 경우로서 실종선고가 있었거나 별표3(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여

사망한 것으로 정부기관이 인정한 경우를 포함합니다.] 하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 9조 【회사가 제작한 보험안내장 등의 효력】

보험을 모집한 자(이하 “모집인 등”이라 합니다)가 모집과정에서 사용한 회사(지점, 영업소 및 대리점 포함) 제작의 보험안내장(서류, 사진, 도화 등 모든 안내자료 포함) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제10조 【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 돌려 드립니다.

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

제11조 【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 돌려드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제12조 【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)를 지정하지 아니한 때에는, 수익자를 제15조(보

협금의 지급사유) 제1항 제1호의 경우는 계약자로 하고 동조 동항 제2호 내지 제7호의 경우는 피보험자로 하며, 피보험자의 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제13조 【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 연대로 합니다.

제14조 【계약의 무효】

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 과거 5년 이내 또는 계약일로부터 제8조(계약의 효력) 제5항에서 정한 5대질환에 대한 책임개시일의 전일 이전에 5대질환으로 진단이 확정되어 있는 경우(이 경우에는 계약자 또는 피보험자가 그 사실을 알고 있었거나 모르고 있었거나를 불문합니다) 단, 계약일로부터 과거 5년 이내에 해당 피보험자가 5대질환으로 진단 확정된 사실을 계약자 또는 피보험자가 알고 있는 경우에는 이미 납입한 보험료도 돌려 드리지 아니합니다.
2. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
3. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 한 경우

제15조 【보험금의 지급사유】

① 회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 수익자에게 약정한 보험금 (별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 : 만기축하금 지급
2. 피보험자가 제8조(계약의 효력) 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 3대질환 또는 상피내암으로 진단이 확정되었을 때 : 쾌유기원자금 및 생활비 지급
3. 피보험자가 제8조(계약의 효력) 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 5대질환 또는 상피내암으로 진단이 확정되고 그 5대질환 또는 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 원기회복자금 지급
4. 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 수술비 지급
5. 피보험자가 제8조(계약의 효력) 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 5대질환 또는 상피내암으로 진단이 확정되고 그 5대질환 또는 상피내암의 치료 또는 10대질환의 치료를 직접목적으로 하여 4월 이상 계속하여 입원하였을 때 : 입원비 지급
6. 피보험자가 제8조(계약의 효력) 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 5대질환 또는 상피내암으로 진단이 확정되고 그 5대질환 또는 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 통원하였을 때 : 통원비 지급
7. 피보험자가 제8조(계약의 효력) 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 5대질환 또는 상피내암으로 진단이 확정되고 그 5대질환 또는 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 31일 이상 계속하여 입원한 후 사망 이외의 원인으로 퇴원하였을 때 : 보약자금 지급

- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 3대성인병으로 진단이 확정되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나, 상피내암으로 진단확정되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ③ 제1항 제2호의 쾌유지원자금 및 생활비는 양, 허혈성심장질환, 뇌혈관질환 및 상피내암 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 제8조(계약의 효력) 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 사망하고 그 후에 3대성인병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 제2호의 쾌유지원자금 및 생활비를 추가로 지급합니다. 단, 제8조(계약의 효력) 제5항에서 정한 책임개시일의 전일 이전에 3대성인병으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항 제3호 및 제4호의 경우 피보험자가 동시에 2종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1종류의 수술에 대하여만 원기회복자금 또는 수술비를 지급합니다.
- ⑥ 제1항 제5호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원비를 계속 지급합니다.
- ⑦ 제1항 제5호의 경우 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ⑧ 제1항 제5호의 경우 피보험자가 동일질병의 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제7항의 규정을 적용합니다. 그러나, 동일질병으로 인한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑨ 제1항 제7호의 경우 동일 질병의 치료를 목적으로 보약자금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일 이내에 재입원하여 다시 퇴원하였을 경우에는 보약자금을 지급하지 않습니다.
- ⑩ 제1항 제2호의 생활비는 수익자의 신청에 의하여 이 보험의 예정이율로 환인하여 일시금으로 선지급할

수 있습니다.

제16조 【배당금의 지급】

회사는 금융감독원장이 인가하는 방법에 따라 계약자에게 배당금을 드립니다.

제17조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금 또는 책임준비금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
2. 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 수익자에게 드립니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 제1항 각 호의 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 보험금에 해당하는 해약환급금을 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

제18조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 사망하였을 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 드립니다.

제19조 【가입자의 고지의무】

① 계약자 또는 피보험자는 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이

하 “고지의무”라 합니다) 합니다. 그러나, 의료법 제 3조의 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

② 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. 회사가 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 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 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 승낙 거절 직업 또는 직종은 제외)
5. 모집인 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

③ 제2항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약할 금액 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다. 다만, 피보험자의 3대성인병 진단확정 후 3대성인병 진단확정과 인과관계가 없는 고지의무 위반으로 계약이 해지된 경우에는 3대성인병 진단확정일로부터 180일 이내에 피보험자가 그 3대성인병을 직접적인 원인으로 사망했을 때에 한하여 그 때까지 발생한 3대성인병으로 인한 해당 보험금을 지급하여 드리며, 이 경우 계약 해지시 이미 지급한 금액은 공제합니다.

- ④ 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 청약서에 명시되어 있는 보험가입한도액을 초과한 경우, 회사는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 보험가입한도액으로 감액하며, 그 초과가입액에 대한 보험료는 돌려드립니다.
- ⑤ 제1항의 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 해당 보험금을 드립니다.

제20조 【계약취소권의 행사 제한】

회사는 책임개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년) 이상 지났을 때에는 민법 제 110조(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 5년이내(사기 사실을 안 날로부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제21조 【보험료의 납입】

- ① 제2회 이후의 보험료는 납입기간 중 계약자가 납입 기일까지 납입하여야 하며, 이 경우 회사가 발행한 영수증을 받아야 합니다. 단, 금융기관(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
- ② 계약자가 보험료 납입기간 중 문서로 보험료의 납입방법, 수금방법 및 납입기간의 변경을 요구할 경우에는 회사는 그 방법을 변경하여 드립니다.

제22조 【보험금 지급사유의 발생통지】

수익자는 제15조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에

알려야 합니다.

제23조 【주소변경 통지】

- ① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항의 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제24조 【보험료의 납입연체시 계약의 효력】

- ① 제2회 이후의 보험료는 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 보험료 납입유예기간 (이하 “유예기간”이라 합니다)으로 하며, 계약자가 유예기간이 끝날 때까지 보험료를 납입치 아니한 경우에는 유예기간이 끝나는 날의 다음 날부터 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 계약자의 청구에 의하여 회사는 해약환급금을 드립니다.
- ② 보험료 수급방법이 회사의 방문수금 또는 계약자의 은행수납방법으로 약정되어 있는 경우에 회사의 수금 불이행 또는 은행납입통지서의 미교부로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 제1항의 규정에도 불구하고 제1항의 납입기일로부터 3개월이 되는 날까지 계약은 계속 효력을 가집니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 은행납입통지서를 다시 교부하기로 한 경우에는 그 수금 또는 재교부일로부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 회사는 보험료 납입기일까지 보험료를 납입하지 아니한 경우 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 유예기간이 끝나기 10일 이전까지 제1항의 내용을 서면으로 알려드립니다.

제25조 【효력상실된 계약의 부활】

- ① 계약이 효력상실되었을 경우 계약자는 효력상실일로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의

부활을 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 제1조(보험계약의 성립) 제3항, 제8조(계약의 효력), 제10조(계약 불성립시의 보험료의 반환) 및 제19조(가입자의 고지의무)의 규정을 준용합니다.

제26조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 5대질환 진단서, 3대성인병 진단서, 상피내암 진단서, 입원확인서, 수술증명서, 통원확인서 등)
3. 보험증권
4. 주민등록증 제시 (본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
5. 기타, 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료납입면제 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.

제27조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제26조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 드리거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10일 이내에 드립니다.

② 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제19조(가입자의

고지의우)와 관련하여 의료기관 등에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일 내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 보험의 약관대출 이율을 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 회사는 만기축하금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 알려드립니다.

⑥ 만기축하금 및 해약환급금은 그 사유가 발생한 날의 다음 날로부터 제1항의 규정에 의한 지급기일까지의 기간에 대하여 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제28조 【계약내용의 변경】

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하여 드립니다.

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

② 회사는 계약자가 책임개시일로부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제3호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제27조(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.

제29조 【계약자의 임의 해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 드립니다.

제30조 【약관대출】

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다.

② 계약자는 제1항의 규정에 의한 약관대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금 등의 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.

제31조 【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

제32조 【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.

제33조 【분쟁의 조정】

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 그 조정을 신청할 수 있습니다.

제34조 【관할법원】

이 계약에 관한 소송은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의에 의하여 관할법원을 따로 정할 수 있습니다.

제35조 【예금보험기금에 의한 지급보장】

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

제36조 【준거법】

이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

(별표1) **보험금 지급기준표**

(기준 : 계약보험가입금액 2,000만원)

① 만기축하금 (약관 제15조 제1항 제1호)

지 급 사 유	지 급 액
피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	이미 납입한 보험료 (단, 10년만기의 경우는 이미 납입한 보험료의 70% 지급)

② 폐유기원자금 및 생활비 (약관 제15조 제1항 제2호)

지 급 사 유	지 급 액
피보험자가 제8조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초의 3대성인병으로 진단이 확정 되었을 때 (암, 허혈성심장질환, 뇌혈관질환 각각에 대해 1회에 한하여)	500만원 + 월 50만원씩 12회 지급
피보험자가 제8조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초의 상피내암으로 진단이 확정 되었을 때 (1회에 한하여)	200만원 + 월 20만원씩 12회 지급

③ 원기회복자금(약관 제15조 제1항 제3호)

지 급 사 유	지 급 액
피보험자가 제8조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 5대질환으로 진단이 확정되고 그 5대질환의 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때	수술 1회당 100만원
피보험자가 제8조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 상피내암으로 진단이 확정되고 그 상피내암의 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때	수술 1회당 40만원

④ 수술비(약관 제15조 제1항 제4호)

지 급 사 유	지 급 액
피보험자가 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종수술 : 20만원 2종수술 : 50만원 3종수술 : 100만원

⑤ 입원비(약관 제15조 제1항 제5호)

지 급 사 유	지 급 액
피보험자가 제8조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 5대질환 또는 상피내암으로 진단이 확정되고 그 5대질환 또는 상피내암의 치료 또는 10대질환의 치료를 직접목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원하였을 때	3일 초과 입원일수 1일당 3만원

⑥ 통원비(약관 제15조 제1항 제6호)

지 급 사 유	지 급 액
피보험자가 제8조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 5대질환 또는 상피내암으로 진단이 확정되고 그 5대질환 또는 상피내암의 치료를 직접 목적으로 하여 통원하였을 때	통원 1회당 1만원

⑦ 보약자금(약관 제15조 제1항 제7호)

지 급 사 유	지 급 액
피보험자가 제8조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 5대질환으로 진단이 확정되고 그 5대질환의 치료를 직접목적으로 하여 31일 이상 계속하여 입원한 후 사망 이외의 원인으로 퇴원하였을 때	퇴원 1회당 100만원
피보험자가 제8조 제5항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 상피내암으로 진단이 확정되고 그 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 31일 이상 계속하여 입원한 후 사망 이외의 원인으로 퇴원하였을 때	퇴원 1회당 40만원

- 주) 1. 생활비는 수익자의 신청에 의하여 이 보험의 예정이율로 할인하여 일시금으로 선지급할 수 있습니다.
2. 보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후의 보험료는 정상적으로 납입된 것으로 보아 만기축하금을 지급하여 드립니다.
3. 5대질환 또는 상피내암으로 수술시 원기회복자금과 수술비를 동시에 지급하여 드립니다.

(별표2)

해약환급금 예시표

계약보험가입금액 : 10만원
가입연령 : 35 세
납입기간 : 전기납
납입방법 : 월납

【 10년 만기 】

경과 기간	남 자		여 자	
	납 입 보험료	해 약 환급금	납 입 보험료	해 약 환급금
1년	1,968	0	1,968	0
3년	5,904	2,041	5,904	1,993
5년	9,840	5,529	9,840	5,461
7년	13,776	8,993	13,776	8,928
10년	19,680	13,776	19,680	13,776

【 20년 만기 】

경과 기간	남 자		여 자	
	납 입 보험료	해 약 환급금	납 입 보험료	해 약 환급금
1년	2,064	0	1,980	0
3년	6,192	2,355	5,940	2,037
5년	10,320	6,399	9,900	5,842
7년	14,448	10,447	13,860	9,642
10년	20,640	16,121	19,800	14,932
15년	30,960	27,472	29,700	25,718
20년	41,280	41,280	39,600	39,600

【 30년 만기 】

경과 기간	남 자		여 자	
	납 입 보험료	해 약 환급금	납 입 보험료	해 약 환급금
1년	1,860	0	1,668	0
3년	5,580	1,793	5,004	1,128
5년	9,300	5,367	8,340	4,191
7년	13,020	8,876	11,676	7,136
10년	18,600	13,583	16,680	10,894
15년	27,900	22,791	25,020	18,281
20년	37,200	33,561	33,360	27,324
30년	55,800	55,800	50,040	50,040

【 70세 만기 】

경과 기간	남 자		여 자	
	납 입 보험료	해 약 환급금	납 입 보험료	해 약 환급금
1년	1,860	0	1,620	0
3년	5,580	1,804	4,860	986
5년	9,300	5,400	8,100	3,959
7년	13,020	8,933	11,340	6,799
10년	18,600	13,684	16,200	10,369
20년	37,200	33,898	32,400	25,786
30년	55,800	56,605	48,600	46,450
35년	65,100	65,100	56,700	56,700

【 80세 만기 】

경과 기간	남 자		여 자	
	납 입 보험료	해 약 환급금	납 입 보험료	해 약 환급금
1년	1,896	0	1,608	0
3년	5,688	1,928	4,824	971
5년	9,480	5,620	8,040	3,928
7년	13,272	9,263	11,256	6,751
10년	18,960	14,213	16,080	10,290
20년	37,920	35,486	32,160	25,539
30년	56,880	60,312	48,240	45,865
40년	75,840	78,002	64,320	64,113
45년	85,320	85,320	72,360	72,360

(별표3) **재 해 분 류 표**

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

* 이 분류는 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제1993-3호, 1995. 1.1. 시행)중 "질병이환 및 사망의 외인"에 의한 것임.

분 류 항 목

분 류 항 목	분류번호
1. 운수사고에서 다친 보행인	V01 - V09
2. 운수사고에서 다친 자전거 탑승자	V10 - V19
3. 운수사고에서 다친 모터싸이클 탑승자	V20 - V29
4. 운수사고에서 다친 삼륜자동차량의 탑승자	V30 - V39
5. 운수사고에서 다친 승용차 탑승자	V40 - V49
6. 운수사고에서 다친 픽업 트럭 또는 밴 탑승자	V50 - V59
7. 운수사고에서 다친 대형화물차 탑승자	V60 - V69
8. 운수사고에서 다친 버스 탑승자	V70 - V79
9. 기타 육상운수 사고 (철도사고 포함)	V80 - V89
10. 수상 운수사고	V90 - V94
11. 항공 및 우주 운수사고	V95 - V97
12. 기타 및 상세불명의 운수사고	V98 - V99
13. 추락	W00 - W19
14. 무생물성 기계적 힘에 노출	W20 - W49
15. 생물성 기계적 힘에 노출	W50 - W64
16. 불의의 익수	W65 - W74
17. 기타 불의의 호흡 위협	W75 - W84
18. 전류, 방사선 및 극순환 기온 및 압력에 노출	W85 - W99
19. 연기, 불 및 화염에 노출	X00 - X09

분 류 항 목	분류번호
20. 열 및 가열된 물질과의 접촉	X10 - X19
21. 유독성 동물 및 식물과 접촉	X20 - X29
22. 자연의 힘에 노출	X30 - X39
23. 유독물질에 의한 불의의 중독 및 노출	X40 - X49
24. 기타 및 상세불명의 요인에 불의의 노출	X58 - X59
25. 가해	X85 - Y09
26. 의도 미확인 사건	Y10 - Y34
27. 법적개입 및 전쟁행위	Y35 - Y36
28. 치료시 부작용을 일으키는 약물, 약제 및 생물학 물질	Y40 - Y59
29. 외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난	Y60 - Y69
30. 진단 및 치료에 이용되는 의료장치에 의한 부작용	Y70 - Y82
31. 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게한 외과적 및 내과적 처치	Y83 - Y84
32. 전염병 예방법 제2조 제1항 제1종에 규정한 질병	

※ 제외사항

- “약물 및 의약품에 의한 불의의 중독” 중 외용약 또는 약물 접촉에 의한 알레르기 피부염 (L23.3)
- “기타 고체 및 액체물질, 가스 및 증기에 의한 불의의 중독” 중 한국표준질병사인분류상 A00 ~ R99에 분류가 가능한 것
- “외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난” 중 진료기관 의 고의 또는 과실이 없는 사고
- “자연 및 환경요인에 의한 불의의 사고” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- “익수, 질식 및 이물에 의한 불의의 사고” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- “기타 불의의 사고” 중 파로 및 격렬한 운동으로 인한 사고
- “법적 개입” 중 처형 (Y35.5)

(별표4) 질병 및 재해분류표

(한국표준질병사인분류)

분 류 항 목	분류번호
I. 특정 감염성 및 기생충성 질환	A00 - B99
II. 신생물	C00 - D48
III. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정 장애	D50 - D89
IV. 내분비, 영양 및 대사 질환	E00 - E90
VI. 신경계의 질환	G00 - G99
VII. 눈 및 눈 부속기의 질환	H00 - H59
VIII. 귀 및 유양돌기의 질환	H60 - H95
IX. 순환기계의 질환	I00 - I99
X. 호흡기계의 질환	J00 - J 99
X I. 소화기계의 질환	K00 - K93
X II. 피부 및 피하조직의 질환	L00 - L99
XIII. 근골격계 및 결합조직의 질환	M00 - M99
XIV. 비뇨생식기계의 질환	N00 - N99
XV. 임신, 출산 및 산욕	O00 - O99
XVI. 주산기에 기원한 특정 병태	P00 - P96
XVIII. 달리 분류되지 않은 증상, 징후 와 임상 및 검사의 이상소견	R00 - R99
XIX. 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과	S00 - T98
XX. 질병이환 및 사망의 외인 · 전염병 예방법 제2조 제1항 제1 종에 규정한 질병 · 치료상 부작용을 일으키는 약품, 의약품 및 생물제제에 의한 사고	V01 - Y98

(주) 다음 사항은 입원급여금 지급대상에서 제외함

1. 정신장애(심신상실, 정신박약을 포함합니다)로 인하여 입원한 경우
2. 선천적인 장애로 인하여 입원한 경우
3. 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
4. 치외보철과 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
5. 치료를 수반하지 아니하는 건강진단(인간 도크 검사를 포함합니다), 미용상의 처치, 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우

(별표5) 성인병 분류표

약관 제2조에서 규정하는 “5대질환”은 제3차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제1993-3호, 1995. 1. 1시행)에 의해 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 악성신생물	C00 ~ C97
2. 당 뇨 병	E10 ~ E14
3. 급성류마티스열	I00 ~ I02
4. 만성류마티스성 심장 질환	I05 ~ I09
5. 고혈압성 질환	I10 ~ I15
6. 허혈성 심장질환	I20 ~ I25
7. 폐성 심장질환 및 폐순환의 질환	I26 ~ I28
8. 기타 형태의 심장 질환	I30 ~ I52
9. 24시간 이상 지속되는 영구적인 신경휴유증을 수반하는 대뇌혈관 질환	I60 ~ I69
10. 일과성 대뇌 허혈성 발작 및 관련 증후군	G45

(별표6) **대상이 되는 3대성인병**

약관 제3조에서 규정하는 악성신생물, 허혈성심장질환 및 뇌혈관질환으로 분류되는 “3대성인병”은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제1993-3호, 1995. 1. 1 시행)에 의해 다음으로 분류된 질병을 합니다.

대상이 되는 3대성인병		분류 번호
악 성 신 생 물	1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신 생물	C00-C14
	2. 소화기관의 악성 신생물	C15-C26
	3. 호흡기 및 흉곽내 장기의 악성 신생물	C30-C39
	4. 뼈 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
	5. 흑색종 및 피부의 기타 악성 신생물	C43-C44
	6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45-C49
	7. 유방의 악성 신생물	C50
	8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51-C58
	9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60-C63
	10. 요로의 악성 신생물	C64-C68
	11. 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성 신생물	C69-C72
	12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악 성 신생물	C73-C75
	13. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76-C80
	14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81-C96
	15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성 신생물	C97

대상이 되는 3대성인병		분류 번호
허 혈 성 심 장 질 환	1. 급성 심근경색증(心筋硬塞症)	I21
	2. 속발성 심근경색증(心筋硬塞症)	I22
	3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현 제 합병증	I23
	4. 기타 급성 허혈성 심질환	I24
뇌 혈 관 질 환	1. 거미막하출혈	I60
	2. 뇌내출혈	I61
	3. 기타 비의상성 두개내 출혈	I62
	4. 뇌경색(중)	I63
	5. 출혈 또는 경색(중)으로 명시되 지 않은 졸중	I64
	6. 대뇌경(중)을 유발하지 않은 뇌전 동맥의 폐색 및 협착	I65
	7. 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌 동맥의 폐색 및 협착	I66
	8. 기타 대뇌혈관 질환	I67
	9. 달리 분류되는 질환에서의 대뇌혈 관 장애	I68
	10. 대뇌 혈관질환의 후유증	I69

(별표7) 위·폐·간질환(암제외) 분류표

약관 제4조에서 규정하는 “10대질환”은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제1993-3호, 1995.1.1 시행)에 의해 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
위 관 련 질 환	1. 위궤양	K25
	2. 십이지장궤양	K26
	3. 상세불명의 소화성궤양	K27
	4. 위공장궤양	K28
	5. 위염 및 십이지장염	K29
	6. 소화불량	K30
	7. 위 및 십이지장의 기타질환	K31
	8. 상세불명의 바이러스 장관 감염(장염제외)	A08.4
	9. 감염성 기원이라고 추정되는 실사 및 위장염 (장염 및 대장염제외)	A09
	10. 위부위의 양성신생물	D13.1
	11. 기타 비감염성 위장염 및 대 장염	K52
	12. 상세불명의 위장관 출혈 (장관출혈 제외)	K92.2

대 상 질 병 명		분류번호
폐 관 련 질 환	1. 호흡기결핵	A15~A16
	2. 기타 급성 하기도 감염	J20~J22
	3. 폐렴	J12~J18
	4. 만성하기도 질환	J40~J47
	5. 외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
	6. 흉막의 기타 질환	J90~J94
	7. 호흡기계외의 기타 질환	J95~J99
	8. 주로 간질에 영향을 주는 기 타 호흡기 질환	J80~J84
	9. 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	10. 아메바성 폐농양	A06.5
	11. 기관지, 폐부위의 양성신생물	D 14.3
간 관 련 질 환	1. 아메바성 간농양	A06.4
	2. 바이러스성 감염	B15~B19
	3. 간의 질환	K70~K77
	4. 담낭, 담도의 장애	K80~K83
	5. 달리 분류된 질환에서의 담 낭 및 담도 장애	K87.0
	6. 간, 간내담관의 양성신생물	D13.4

제4차 개정 이후 한국표준질병 사인분류에 있어서
상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우
에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표8) 상피내의 신생물 분류표

약관 제5조에서 규정하는 “상피내암”은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제1993-3호 1995.1.1 시행)에 의해 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 중이 및 호흡기계의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁경관의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

제4차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내 암종 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표9) 성인병 수술분류표

구 분	수 술 명
근골의 수술(筋骨의手術)[발정술(拔釘術)은 제외함]	사지 절단술(四肢切斷術) [손가락·발가락은 제외함]
순환기·비의 수술(循環器·鼻의手術)	관혈적혈관 형성술(觀血的血管 形成術) [혈액투석용(血液透析用) 외 SHUNT 형성술(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)	부신전적제술(副腎全摘除術)
신경의 수술(神經의手術)	두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術)
	신경 관혈수술(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)]

구 분	수 술 명
감각기·시 기의 수술 (感覺器· 視器의 手 術)	백내장·수정체 관혈수술(白內障·水 晶體 觀血手術)
	망막박리증수술(網膜剝離症手術)
	Laser·냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안 구수술(眼球手術) [시술(施術)개시일부 터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
악성신생물 의 수술 (惡性新生 物の 手術)	악성신생물 근치수술(惡性新生物 根 治手術)
	악성신생물 온열료법(惡性新生物 溫熱 療法) [시술(施術)개시일부터 60일간에 1회 의 급여를 한도로 함]
	기타의 악성신생물수술(惡性新生物手術)
상기 이외 의 수술 (上記 以外 手術의)	Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter에 의한 뇌·후두·흉부·복부 장기수술(腦·喉頭·胸部·腹部臟器 手術) [검사·처치는 포함하지 않음. 시술 (施術)개시일부터 60일 간에 1회의 급 여를 한도로 함]
신생물근치 방사선 조사 (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 급 여를 한도로 함]

(별표10)

수술분류표

구분	수술명	수술종류 분류(중)
피부·유방 의 수술 (皮膚·乳 房의 手術)	1. 식피술(植皮術) (25cm미만은 제외함)	2
	2. 유방절단술(乳房切斷術)	2
근골의 수 술 (筋骨의 手術)[발정 술(拔釘術) 은 제외함]	1. 골이식술(骨移植術)	2
	2. 골수염·골결핵 수술(骨髓 炎·骨結核 手術) [농양(膿瘍)의 단순한 절개 는 제외함]	2
	3. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) [비골·비중격(鼻骨·鼻中隔) 은 제외함]	2
	4. 비골 관혈수술(鼻骨 觀血 手術) [비중격만곡증수술(鼻中隔 彎曲症手術)은 제외함]	1
	5. 상악골·하악골·악관절 관혈수술 (上顎骨·下顎骨 ·顎關節 觀血手術) [치·치육(齒·齒肉)의 처치 에 수반하는 것은 제외함]	2
	6. 척추·골반 관혈수술(脊椎 ·骨盤 觀血手術)	2
	7. 쇄골·견갑골·늑골·흉골 관혈수술 (鎖骨·肩胛骨· 肋骨·胸骨 觀血手術)	1
	8. 사지절단술(四肢切斷術) [손가락·발가락은 제외함]	2

구 분	수 술 명	수술종류 분류(중)
근골의 수술 (筋骨의手術)[발정술(拔釘術)은 제외함]	9. 절단사지재접합술(切斷四肢再接合術) [골·관절(骨·關節)의 이단(離斷)에 수반하는 것] 10. 사지골·사지관절 관혈수술(四肢骨·四肢關節 觀血手術) [손가락·발가락은 제외함] 11. 근·건·인대 관혈수술(筋·腱·靭帶 觀血手術) [손가락·발가락은 제외함. 근염·결절종·점액종수술(筋炎·結節腫·粘液腫手術)은 제외함]	2 1 1
호흡기·흉부의 수술(呼吸器·胸部의手術)	1. 만성부비강염 근본수술(慢性副鼻腔炎 根本手術) 2. 후두전적제술(喉頭全摘除術) 3. 기관·기관지·폐·흉막수술(氣管·氣管支·肺·胸膜手術) [개흉술(開胸術)을 수반하는 것] 4. 흉곽형성술(胸郭形成術) 5. 종격중앙 적출술(縱隔腫瘍 摘出術)	1 2 2 2 3
순환기·비의 수술(循環器·鼻의手術)	1. 관혈적혈관 형성술(觀血的血管 形成術) [혈액투석용(血液透析用)의 SHUNT 형성술(形成術)을 제외함]	2

구 분	수 술 명	수술종류 분류(중)
순환기· 비의 수술 (循環器· 鼻의 手術)	2. 경맥류근본수술(靜脈瘤 根本手術)	1
	3. 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]	3
	4. 심막절개·봉합술(心膜切開·縫合術)	2
	5. 직시하심장내수술(直視下心臟內手術)	3
	6. 체내용(體內用) Pace Maker 매입술(埋込術)	2
	7. 비적제술(鼻摘除術)	2
	소화기의 수술 (消化器의 手術)	1. 이하선종양 적출술(耳下腺腫瘍 摘出術)
2. 악하선종양 적출술(顎下腺腫瘍 摘出術)		1
3. 식도이단술(食道離斷術)		3
4. 위절제술(胃切除術)		3
5. 기타의 위·식도수술(胃·食道手術) [개흉·개복술(開胸·開腹術)을 수반하는 것]		2
6. 복막염수술(腹膜炎手術)		2
7. 간장·담낭·담도·췌장관혈수술(肝臟·膽囊·膽道·胰臟觀血手術)		2
8. 탈장 근본수술(脫腸 根本手術)		1
9. 충수절제술·맹장봉축술(蟲垂切除術·盲腸縫縮術)		1

구 분	수 술 명	수술종류 분류(종)
소화기의 수술 (消化器의 手術)	10. 직장탈 근본수술(直腸脫 根本手術)	2
	11. 기타의 장·장간막수술 (腸·腸間膜手術) [개복술(開腹術)을 수반하는 것]	2
	12. 치루·탈항·치핵 근본수술 (痔瘻·脫肛·痔核 根本手術) [근치(根治)를 목적으로 한 것으로 처치·단순한 치핵 (痔核)만의 수술은 제외함]	1
뇨·성기 의 수술 (尿·性器 의 手術)	1. 신이식수술(腎移植手術) [수용자(受容者)에 한함]	3
	2. 신장·신우·뇨관·방광 관 혈수술 (腎臟·腎盂·尿管·膀胱 觀 血手術) [경뇨도적 조작(經尿道的 操 作)은 제외함]	2
	3. 뇨도협착 관혈수술(尿道狹窄 觀血手術) [경뇨도적 조작(經尿道的 操 作)은 제외함]	2
	4. 뇨루폐쇄 관혈수술(尿瘻閉鎖 觀血手術) [경뇨도적 조작(經尿道的 操 作)은 제외함]	2
	5. 음경절단술(陰莖切斷術)	3
	6. 고환·부고환·정관·정삭· 정낭·전립선수술(睾丸·副 睾丸·精管·精索·精囊· 前立腺手術)	2

구 분	수 술 명	수술종류 분류(중)	
뇨·성기 의 수술 (尿·性器 의手術)	7. 음낭수종 근본수술(陰囊水腫 根本手術)	1	
	8. 자궁광범전적제술(子宮廣汎 全摘除術) [단순자궁전적(單純子宮全摘) 등의 자궁전적제술(全摘除術) 은 제외함]	3	
	9. 자궁경관형성술·자궁경관 봉축술(子宮頸管形成術·子 宮頸管縫縮術)	1	
	10. 제왕절개만출술(帝王切開娩 出術)	1	
	11. 자궁외임신수술(子宮外妊娠 手術)	2	
	12. 자궁탈·질탈수술(子宮脫· 膣脫手術)	2	
	13. 기타의 자궁수술(子宮手術) [자궁경관 Polyp 절제술· 인공임신중절술(子宮頸管 Polyp 切除術·人工妊娠中 絶術)은 제외함]	2	
	14. 난관·난소 관혈수술(卵管 ·卵巢 觀血手術) [경질적조작(經腔的操作)은 제외함]	2	
	15. 기타의 난관·난소수술(卵 管·卵巢手術)	1	
	내분비기 의 수술 (內分泌器 의手術)	1. 하수체종양적제술(下垂體腫 瘍摘除術)	3
		2. 갑상선수술(甲狀腺手術)	2
		3. 부신전적제술(副腎全摘除術)	2

구 분	수 술 명	수술종류 분류(중)
신경의 수 술(神經의 手術)	1. 두개내 관혈수술(頭蓋內 觀 血手術)	3
	2. 신경 관혈수술(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)]	2
	3. 관혈적척수종양 적출수술 (觀血的脊髓腫瘍 摘出手術)	3
	4. 척수경막내외 관혈수술 (脊髓硬膜內外 觀血手術)	2
감각기· 시기의 수 술(感覺器· 視器의 手術)	1. 안검하수증수술(眼瞼下垂症 手術)	1
	2. 누소관형성술(淚小管形成術)	1
	3. 누낭비강문합술(淚囊鼻腔 吻合術)	1
	4. 결막낭형성술(結膜囊形成術)	1
	5. 각막이식술(角膜移植術)	1
	6. 관혈적전방·홍채·초자체 ·안와내이물제거술(觀血的 前房·虹彩·硝子體·眼窩 內異物除去術)	1
	7. 홍채전후유착박리술(虹彩前後 癒着剝離術)	1
	8. 녹내장 관혈수술(綠內障 觀血手術)	2
	9. 백내장·수정체 관혈수술 (白內障·水晶體 觀血手術)	2
	10. 초자체 관혈수술(硝子體 觀 血手術)	1

구 분	수 술 명	수술종류 분류(중)
감각기· 시기의 수술 (感覺器· 視器의 手術)	11. 망막박리증수술(網膜剝離症 手術)	1
	12. Laser·냉동응고(冷凍凝固) 에 의한 안구수술(眼球手術) [시술(施術)개시일부터 60일간 에 1회의 급여를 한도로 함]	1
	13. 안구적제술·조직충진술(眼 球摘除術·組織充填術)	2
	14. 안와종양 적출술(眼窩腫瘍 摘出術)	2
	15. 안근이식술(眼筋移植術)	1
감각기· 청기의 수술(感 覺器· 聽器의 手術)	1. 관혈적고막·고실형성술 (觀血的鼓膜·鼓室形成術)	2
	2. 유양동삭개술(乳樣洞削開術)	1
	3. 중이 근본수술(中耳 根本手術)	2
	4. 내이 관혈수술(內耳 觀血手術)	2
	5. 청신경종양 적출술(聽神經 腫瘍 摘出術)	3
악성신생 물의 수 술(惡性 新生物의 手術)	1. 악성신생물 근치수술(惡性新 生物 根治手術)	3
	2. 악성신생물 온열료법(惡性新 生物 溫熱療法) [시술(施術)개시일부터 60일 간에 1회의 급여를 한도로 함]	1
	3. 기타의 악성신생물수술(惡性 新生物手術)	2

구 분	수 술 명	수술종류 분류(중)
상기 이외 의 수술 (上記以外 의手術)	1. 상기 이외의 개두술(開頭術) 2. 상기 이외의 개흉술(開胸術) 3. 상기 이외의 개복술(開腹術) 4. 충격파(衝擊波)에 의한 체내 결석파쇄술(體內結石破碎術) [시술(施術)개시일부터 60일 간에 1회의 급여를 한도로 함]	2 2 1 2
	5. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter에 의한 뇌 · 후두· 흉부· 복부 장기수술 (腦·喉頭·胸部·腹部 臟器 手術) [검사·처치는 포함하지 않 음. 시술(施術)개시일부터 60 일간에 1회의 급여를 한도로 함]	1
신생물근치 방사선조사 (新生物根 治放射線 照射)	1. 신생물근치방사선조사 (新生物根治放射線照射) [5,000Rad 이상의 조사(照射) 로 시술(施術)개시일부터 60 일간에 1회의 급여를 한도로 함]	1

(주) 치료를 직접목적으로 한 수술

미용성형상의 수술, 질병을 직접원인으로 하지 않는
불임수술, 진단·검사[생검, 복강경 검사(生檢, 腹腔鏡
檢査) 등]를 위한 수술 등은 「치료를 직접 목적으로
한 수술」에 해당되지 않습니다.

랄랄라건강보험
정 기 특 약

랄랄라건강보험 정기특약 약관

제1조 【특약의 체결 및 효력】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약을 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)
- ② 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다. 단, 5대질환에 대한 책임개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 책임개시일로 하며 그 날로부터 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다.
- ③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2조 【5대질환의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “5대질환” 이라 함은 한국표준질병 사인분류의 기본분류에 있어서 주계약 별표5(성인병분류표)에서 정하는 질병을 말합니다.
- ② 5대질환의 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.

제 3조 【보험금의 지급사유】

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(이하 “수익자” 라 합니다)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 5대질환으로 진단이 확정되고 그 5대질환을 직접적인 원인으로

사망하였을 때 : 5대질환사망보험금 지급

2. 피보험자가 보험기간 중 5대질환 이외의 원인으로 사망[생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고가 있거나 주계약 별표3(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우를 포함합니다]하였을 때 또는 계약일 이후에 5대질환으로 진단이 확정되고 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항에서 정한 5대질환에 대한 책임개시일의 전일 이전에 그 5대질환으로 인하여 사망하였을 때 : 기타사망보험금 지급

② 제1항의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 180일 이내에 그 재해로 인하여 제1항의 사유가 발생한 때에는 회사가 책임을 집니다.

③ 보험료 납입기간 중 주계약의 약관에서 정하는 바에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

제 4조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

그러나, 피보험자가 정신질환상태에서 자신을 해친 경우와 계약의 책임개시일(부활계약의 경우는 부활청약일)로부터 2년이 경과된 후에 자살하였을 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

그러나, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 수익자에게 드립니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 제1항 각 호의 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 보험금에 해당하는 해약환급금을 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 않습니다.

제 5조 【특약의 보험기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 6조 【보험료의 납입 연체시 특약의 효력】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 계약자의 청구에 의하여 회사는 해약환급금을 드립니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 계약자의 청구에 의하여 회사는 해약환급금을 드립니다.

제 7조 【효력상실된 특약의 부활】

- ① 회사는 이 특약의 부활청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.

제 8조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보

험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
- 2.사망진단서
- 3.보험증권
- 4.주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감 증명서)
- 5.기타, 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제 9조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제8조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10일 이내에 드립니다.

② 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 보험의 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 지급기일까지의 기간에 대하여 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제10조 【특약 내용의 변경】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나

보험증권에 배서하여 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.

제11조 【계약자의 임의 해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 드립니다.

② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권에 그 뜻을 배서하여 드립니다.

제 12조 【주계약 약관 및 단체취급특약 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 지급기준표**

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

① 5대질환사망보험금(약관 제3조 제1항 제1호)

지급사유	지급액
피보험자가 제1조 제2항에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 5대질환으로 진단이 확정되고, 그 5대질환을 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원

② 기타사망보험금(약관 제3조 제1항 제2호)

지급사유	지급액
피보험자가 보험기간 중 5대질환 이외의 원인으로 사망하였거나 계약일 이후에 5대질환으로 진단이 확정되고 제1조 제2항에서 정한 5대질환에 대한 책임개시일의 전일 이전에 그 5대질환으로 인하여 사망하였을 때	500만원

(별표2) **해약환급금 예시표**

정기특약 보험가입금액 : 10만원
 가입연령 : 35 세
 납입기간 : 전기납
 납입방법 : 월납

【10년 만기】

구분	남 자		여 자	
	납 입 보험료	해 약 환급금	납 입 보험료	해 약 환급금
1년	348	0	264	0
3년	1,044	0	792	0
5년	1,740	0	1,320	0
7년	2,436	228	1,848	97
10년	3,480	0	2,640	0

【20년 만기】

구분	남 자		여 자	
	납 입 보험료	해 약 환급금	납 입 보험료	해 약 환급금
1년	432	0	264	0
3년	1,296	0	792	0
5년	2,160	704	1,320	132
7년	3,024	1,324	1,848	532
10년	4,320	1,774	2,640	700
15년	6,480	1,861	3,960	700
20년	8,640	0	5,280	0

【 30년 만기 】

경과 기간	남 자		여 자	
	납 입 보험료	해 약 환급금	납 입 보험료	해 약 환급금
1년	636	0	336	0
3년	1,908	575	1,008	0
5년	3,180	1,831	1,680	590
7년	4,452	3,034	2,352	1,224
10년	6,360	4,540	3,360	1,815
15년	9,540	7,054	5,040	2,766
20년	12,720	8,906	6,720	3,459
30년	19,080	0	10,080	0

【 70세 만기 】

경과 기간	남 자		여 자	
	납 입 보험료	해 약 환급금	납 입 보험료	해 약 환급금
1년	744	0	396	0
3년	2,232	910	1,188	23
5년	3,720	2,435	1,980	877
7년	5,208	3,949	2,772	1,659
10년	7,440	6,021	3,960	2,517
20년	14,880	13,675	7,920	5,637
30년	22,320	13,892	11,880	5,560
35년	26,040	0	13,860	0

【 80세 만기 】

경과 기간	남 자		여 자	
	납 입 보험료	해 약 환급금	납 입 보험료	해 약 환급금
1년	900	0	504	0
3년	2,700	1,366	1,512	353
5년	4,500	3,256	2,520	1,471
7년	6,300	5,195	3,528	2,557
10년	9,000	8,036	5,040	3,963
20년	18,000	20,164	10,080	10,125
30년	27,000	32,797	15,120	17,017
40년	36,000	30,127	20,160	15,396
45년	40,500	0	22,680	0

말할라건강보험
입원특약

랄랄라건강보험 입원특약 약관

제1조 【특약의 체결 및 효력】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)
- ② 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약 약관 제8조(계약의 효력) 제1항에서 정한 책임개시일과 동일합니다.
- ③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 【입원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 주계약 별표4(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 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.

제3조 【보험금의 지급사유】

- ① 회사는 피보험자가 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 4일 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 입원비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다.
- ② 제1항의 경우 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일 질병 또는 재해로 인하여 4일 이상의 입원을 2회이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하고 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항의 규정에 따라 계속 입원비를 지급하여 드립니다.

⑤ 제1항의 규정에 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 주계약 별표3(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 180일 이내에 그 재해로 인하여 제1항의 사유가 발생한 때에는 회사가 책임을 집니다.

⑥ 보험료 납입기간 중 주계약의 약관에서 정하는 바에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

제 4조 【특약의 보험기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

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

제 5조 【보험료의 납입연체시 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 유예기간이 끝나는 날의 다음 날부터 이 특약은 더 이상

효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 계약자의 청구에 의하여 회사는 해약환급금을 드립니다.

제 6조 【효력상실된 특약의 부활】

- ① 회사는 이 특약의 부활청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 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 7조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 입원비 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 입원확인서
 3. 보험증권
 4. 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
 5. 기타 수익자가 입원비 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 입원확인서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

제 8조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제7조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 입원비 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 입원비의 경우 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10일 이내에 드립니다.
- ② 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일 내에 입원비 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 이

보험의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

③ 이 특약의 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 계산합니다. (별표2 “해약환급금 예시표” 참조)

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

제9조 【특약 내용의 변경】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하여 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.

제10조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 드립니다.

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

제11조 【주계약 약관 및 단체취급특약 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 지급기준표**

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

- 입원비 (약관 제3조 제1항)

지 급 사 유	지 급 액
피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때	3일 초과 입원일수 1일당 1만원

(별표2)

해약환급금 예시표

입원특약 보험가입금액 : 10만원
가입연령 : 35세
납입기간 : 전기납
납입방법 : 월납

【 10년 만기 】

경과 기간	남 자		여 자	
	납 입 보험료	해 약 환급금	납 입 보험료	해 약 환급금
1년	336	0	336	0
3년	1,008	0	1,008	0
5년	1,680	0	1,680	0
7년	2,352	111	2,352	111
10년	3,360	0	3,360	0

【 20년 만기 】

경과 기간	남 자		여 자	
	납 입 보험료	해 약 환급금	납 입 보험료	해 약 환급금
1년	360	0	360	0
3년	1,080	0	1,080	0
5년	1,800	231	1,800	231
7년	2,520	487	2,520	486
10년	3,600	608	3,600	605
15년	5,400	562	5,400	552
20년	7,200	0	7,200	0

【 30년 만기 】

경과 기간	남 자		여 자	
	납 입 보험료	해 약 환급금	납 입 보험료	해 약 환급금
1년	396	0	396	0
3년	1,188	23	1,188	27
5년	1,980	461	1,980	468
7년	2,772	836	2,772	844
10년	3,960	1,172	3,960	1,181
15년	5,940	1,620	5,940	1,621
20년	7,920	1,815	7,920	1,789
30년	11,880	0	11,880	0

【 70세 만기 】

경과 기간	남 자		여 자	
	납 입 보험료	해 약 환급금	납 입 보험료	해 약 환급금
1년	420	0	420	0
3년	1,260	86	1,260	101
5년	2,100	573	2,100	599
7년	2,940	1,007	2,940	1,043
10년	4,200	1,449	4,200	1,502
20년	8,400	2,707	8,400	2,783
30년	12,600	2,598	12,600	2,538
35년	14,700	0	14,700	0

【 80세 만기 】

경과 기간	남 자		여 자	
	납 입 보험료	해 약 환급금	납 입 보험료	해 약 환급금
1년	444	0	468	0
3년	1,332	166	1,404	222
5년	2,220	717	2,340	818
7년	3,108	1,225	3,276	1,374
10년	4,440	1,802	4,680	2,035
20년	8,880	3,844	9,360	4,439
30년	13,320	5,912	14,040	6,764
40년	17,760	4,743	18,720	4,900
45년	19,980	0	21,060	0

단체취급특약

단체취급특약 약관

제 1 조 【 단체취급특약의 적용범위 】

이 단체취급 특별협약(이하 "단체취급특약"이라 합니다)은 보통보험계약 (특약이 부가되어 있는 경우에는 특약을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 다음과 같은 조건을 만족하는 보통보험계약에 한하여 적용합니다.

1. 보통보험계약의 보험계약자 (이하 "계약자"라 합니다) 또는 피보험자가 다음중 한가지의 단체에 소속되어야 합니다.

가. 제1종 단체(급여관계 단체) : 단체의 소속원이 그 단체로부터 일정한 급여를 지급받는 관공서, 국영기업체, 기업체 및 공장 등의 단체

나. 제2종 단체(법정 단체) : 단체에 해당되지 아니하는 단체로서 민법 또는 특별법에 의하여 설립된 법인 또는 조합

2. 단체취급특약의 적용을 받는 인원수는 동일 단체(이하 "단체"라 합니다)에 소속한 보통보험계약의 계약자수 또는 단체의 대표자를 계약자로 하고 단체소속원을 피보험자로 하는 보통보험계약의 피보험자수가 5인이상이어야 한다.

제 2 조 【 대표자의 선정 】

대표자는 단체의 대표자 또는 직책상 대표자를 대리할 수 있는 자로 합니다.

제 3 조 【 보험요율의 적용 】

이 단체취급특약이 부가된 경우에는 사업방법서에서 정한 바에 따라 계산된 단체취급 보험요율을 적용합니

다.

제 4 조 【 보험료의 납입 】

- ① 보험료는 단체와 우리회사(이하 “회사”라 합니다)가 정한 날에 대표자가 일괄하여 납입하여야 합니다.
- ② 회사는 납입보험료에 대한 영수증을 대표자에게 교부합니다.
다만, 단체의 요구가 있을 경우에는 개별영수증을 발행할 수 있습니다.

제 5 조 【 단체취급특약의 소멸 】

- ① 다음중 한가지의 경우에 해당하는 때에 이 단체취급특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며 보통보험약관의 규정을 장래에 향하여 적용합니다.
 1. 계약자 또는 피보험자가 소속단체를 탈퇴 하였을 때
 2. 보험료를 일괄하여 납입하지 아니하였을 때
다만, 보험료 납입방법을 자동이체로 전환하여 보험료가 입금 되었을 때는 일괄납입으로 간주합니다.
 3. 제1조(단체취급특약의 적용범위)에 정한 단체의 보험료 납입 인원수가 5명 미만으로 되고 그 후 6개월이 지나고도 5명 이상이 되지 아니하였을 때
- ② 제1항 제1호 또는 제2호의 경우에는 당해 계약자 또는 피보험자에 대하여, 제3호의 경우에는 단체취급계약 전부에 대하여 이 단체취급특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 제1항의 규정에 의하여 이 단체취급특약이 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 경우 차회이후의 보험료는 보통보험계약에 의한 보험료를 납입하여야 합니다.

제 6 조 【 보통보험 약관의 준용 】

이 단체취급특약에 별도로 정하지 아니한 사항은 보통
보험 약관의 규정을 따릅니다.

1 【 】
 () 가 2 가
 ((順延))

2 【 】
 1
 , ,
 .
 ,
 .

3 【 】
 가 가
 1, 2
 .
1. 2 () 1
2.

4 【 】
 .
 ,

1.

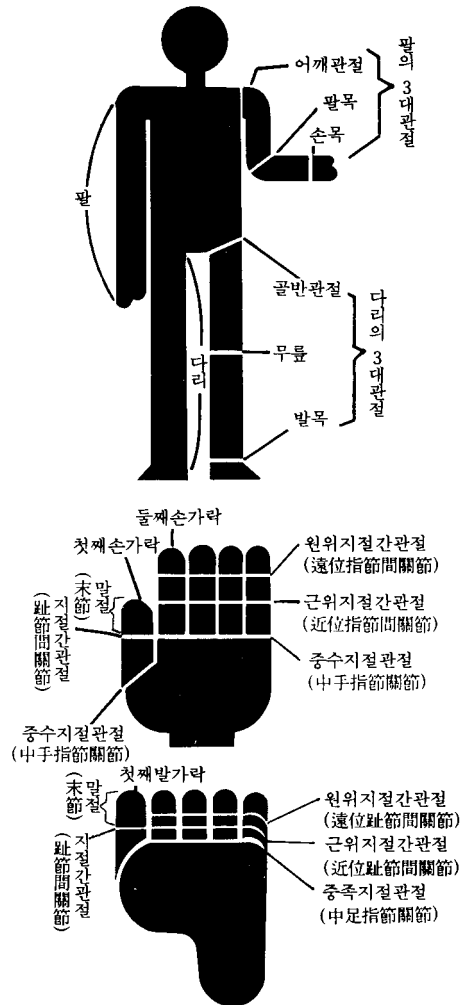
2.

가

5 【

】

신체부위의 설명도



* 신체부위의 설명은 장애등급 분류해설
14·15항 참조