

보험가입자를 위한 안내



보험약관이란

보험약관은 가입하신 보험계약에 대해 계약자와 보험회사의 권리·의무를 규정한 중요한 내용입니다.

보험약관의 구성

1. 가이드편

가입자 유의사항

보험계약관련 특히 유의사항과 보험금 지급관련 특히 유의할 사항으로 구성되어 있습니다.

이것만은 알아주세요

오인하기 쉬운 주요 분쟁사례가 Q&A 형식으로 구성되어 있습니다.

주요내용 요약서

자필서명등 계약자 의무사항과 보험계약, 유지관련 사항으로 구성되어 있습니다.

보험용어 해설

생소한 보험관련 용어에 대하여 계약자가 알기 쉽게 해당 주요용어의해설로 구성되어 있습니다.

약관 주요사항 Page 안내

고객님의 주요 궁금항목을 목적별 약관 이용방법 표를 삽입하여 접근성을 제고하였습니다.

2. 보험약관

- 보험약관은 주계약 약관과 특별약관으로 구성되어 있습니다. 주계약 약관에는 모든 보험계약에 공통으로 적용되는 중요한 사항이 기재되어 있으며, 이는 특별약관에도 준용되어 있습니다. 또한 당사 홈페이지(www.allianzlife.co.kr) 상품공시실에 상품요약서와 보험약관이 게시되어 있으니, 가입하신 보험상품 내용이 궁금하시거나 약관을 분실하셨을 경우 편리하게 이용하시기 바랍니다.

가입자 유의사항



보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약 관련 유의사항

- 이 보험계약은 보장기능이 있고 납입보험료에 보험회사가 경비로 사용하는 계약체결비용 및 계약관리비용이 포함되어 있는 보험상품으로 은행의 연금신탁 또는 예금, 적금과 다릅니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등은 보험 판매직원에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 갱신계약의 보험료는 연령증가 등에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다.
- 부활(효력회복)계약의 암보장 개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 이 계약은 근로소득자가 기본공제대상자를 피보험자로 하여 이 보험에 가입한 경우에는 당해년도에 납입하신 보험료에 대하여 소득세법이 정하는 금액을 세액공제(납입금액 중 연간 100만원 한도로 납입금액의 100분의 12를 세액공제) 받으실 수 있습니다.

2. 해지환급금에 관한 사항

- 보험계약을 중도 해지할 때 해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 계약체결비용, 계약관리비용 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 적립금에서 해지공제액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

보험금지급 관련 특히 유의할 사항

【주계약】

- 최초계약의 경우 보험계약일로부터 90일 이내에 암, 유방암 및 전립선암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 90일이 경과한 이후에도 암, 유방암 및 전립선암 진단일이 보험계약일로부터 2년이내인 경우 암진단급여금이 삭감될 수 있습니다.
- 암진단은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 바늘을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

- 이 보험의 보험기간은 10년만기로, 최초가입 후 10년(갱신을 할 때 피보험자의 가입나이가 70세를 초과하는 경우 80세만기)마다 갱신을 통해 80세까지 보장받을 수 있습니다.
- 갱신을 할 때 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

【고액암】

- 최초계약의 경우 보험계약일로부터 90일 이내에 고액암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 90일이 경과한 이후에도 고액암 진단일이 보험계약일로부터 2년이내인 경우 고액암진단급여금이 삭감될 수 있습니다.
- 암진단은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 바늘을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년만기로, 최초가입 후 10년(최종갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년 미만일 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간이 종료되는 나이와 80세 중 적은 나이까지 보장받을 수 있습니다.
- 갱신을 할 때 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

【뇌출혈】

- 뇌출혈 등 약관에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년만기로, 최초가입 후 10년(최종갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년 미만일 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간이 종료되는 나이와 80세 중 적은 나이까지 보장받을 수 있습니다.
- 갱신을 할 때 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

【급성심근경색증】

- 급성심근경색증 등 약관에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 이 특약의 보험기간은 10년만기로, 최초가입 후 10년(최종갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년 미만일 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지)마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간이 종료되는 나이와 80세 중 적은 나이까지 보장받을 수 있습니다.
- 갱신을 할 때 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

☞ 본문에서 보장하지 않는 사례를 반드시 확인하시기 바랍니다.

【배우자암보장】

- 최초계약의 경우 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 2년이내인 경우 암진단급여금이 삭감될 수 있습니다.
- 암진단은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 바늘을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 이 보험의 보험기간은 10년만기로, 최초가입 후 10년(갱신을 할 때 피보험자의 가입나이가 70세를 초과하는 경우 80세만기)마다 갱신을 통해 80세까지 보장받을 수 있습니다.
- 갱신을 할 때 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

【실손의료비】

- 이 특약은 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따라 발생한 의료비 중 급여의 본인부담금과 비급여에 대해 일정부분을 보장해주는 보험이며, 약관상 보장 제외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.
☞ 자세한 사항은 본문의 내용을 참고하시기 바랍니다.
- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신을 할 때 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

이것만은 알아두세요

※ 아래 내용은 주요 분쟁사례를 바탕으로 상품에 대한 주요 내용을 Q&A 형식으로 정리한 사항입니다.

1. 이 상품은 은행의 적금과 같이 단기 목돈 마련 목적에 적합한 상품인가요?

- 이 상품은 단기 목돈 마련 목적의 저축성보험(적금)이 아니라, 암 보장을 중심으로 각종 특약을 통해 다양한 보장을 설계할 수 있는 보장성보험입니다.

2. 이 상품을 중도에 해지하게 되면 납입한 보험료는 돌려받을 수 있나요?

- 계약을 중도 해지할 경우 해지환급금은 납입한 보험료에서 지난 기간의 계약체결비용 및 계약관리비용(해지공제액 포함) 등이 차감되므로 납입보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

3. 이 상품은 비갱신형 암보험입니까?

- 아닙니다. 이 상품은 10년 만기 갱신형 암보험입니다.
- 갱신형 계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용하기 때문에 보험료가 인상될 수 있습니다.
- 그러나, 갱신형 계약의 보장내용은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

4. 이 상품에서 보장하는 암의 정의는 무엇입니까?

- 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “대상이 되는 악성신생물(암)분류표[유방암, 전립선암, 갑상선암 및 기타피부암 제외]”에서 정한 악성신생물(암)로 분류되는 질병을 말하며, 유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.
- 유방암, 전립선암, 갑상선암 및 기타피부암에 대한 보장 내용은 약관에서 별도로 정하고 있습니다.

5. 이 상품을 가입하고 즉시 암진단 판정을 받는다면 약정된 보험금이 지급되나요?

- 암진단 보험금이 지급되지 않습니다.
- “암”, “유방암” 및 “전립선암”에 대하여는, 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다. 따라서, 암보장개시일 이후 암으로 진단된 경우에만 약정된 보험금이 지급됩니다.
- 갱신계약의 경우에는 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

6. 무배당 뉴실손의료비보장특약(갱신형)의 보장내용과 보장제외 항목은 무엇입니까?

- 무배당 뉴실손의료비보장특약(갱신형)은 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에 대해 일정비율을 보장해주는 특약으로써 가입 대상자 본인부담 실제 의료비(입원/통원/처방조제비)의 일정부분을 보상합니다.
- 다만, 이 특약의 약관 제4조(보상하지 않는 사항)에서 정한 보장제외항목에서 발생한 의료비는 보장하지 않습니다.

7. 실손의료보험을 여러 개 중복가입할 경우 보험금은 어떻게 지급되나요?

- 실손의료보험은 실제 의료비를 보상하는 상품으로서 2개 이상의 보험에 가입하더라도 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 한도로 하여 비례보상되므로 유사한 보험가입 여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.

※ 상기 내용에 관한 보다 자세한 사항은 약관을 참고하시기 바랍니다.



주요내용 요약서

1. 자필서명

- 보험계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못 할 수도 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정조건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 계약 전 알릴 의무

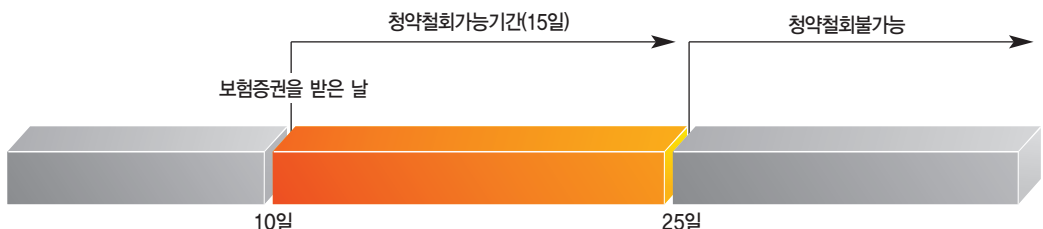
- 보험계약자 또는 피보험자는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다. 특히, 보험 판매직원에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.
- 만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

3. 계약의 무효

- 다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
 - 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
 - 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
 - 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

4. 청약철회

- 보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내(청약을 한날부터 30일 이내에 한함)에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다. 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



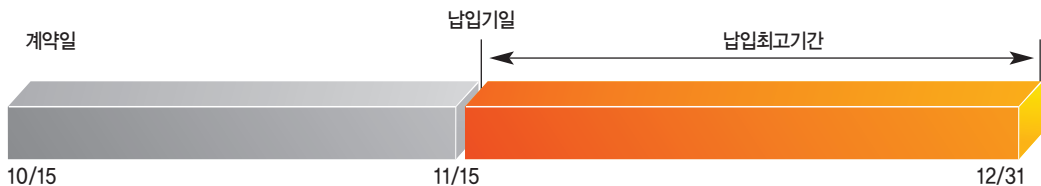
5. 계약취소

- 청약을 할 때 계약자가 약관 및 계약자 보관용 청약서를 전달 받지 못하거나, 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약자 혹은 피보험자가 청약서에 자필서명(날인 및 전자서명 또는 공인전자서명 포함)을 하지 않은 때에는, 계약자는 계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 해당 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

- 보험계약자가 보험료의 납입을 연체하는 경우 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다)으로 정하여 보험료의 납입을 최고(독촉)하고, 그 때까지 해당보험료를 납입하지 않을 경우 계약이 해지됩니다.

※ 다만, 당사의 납입최고(독촉)기간은 아래와 같이 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지로 합니다.



7. 계약의 소멸

- 이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 보험금 지급사유가 더는 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 않습니다.

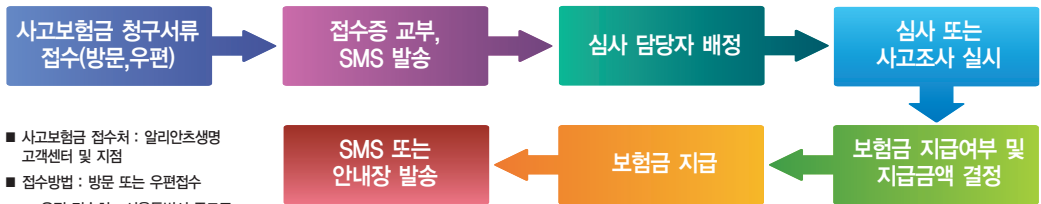
8. 해지 계약의 부활(효력회복)

- 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 보험계약자는 해지된 날부터 2년이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

9. 사고보험금 지급

- 회사는 보험기간 중 보험금지급사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

[보험금 지급절차]



- 사고보험금 접수처 : 알리안츠생명 고객센터 및 지점
- 접수방법 : 방문 또는 우편접수
 - 우편 접수처 : 서울특별시 종로구 종로 400, 7층 (송인동, 알리안츠생명빌딩) 알리안츠생명 사고보험금 담당자 (주소 : 서울특별시 종로구 송인2동 1383번지 알리안츠생명빌딩 7층)
 - 우편 접수시 진단서 등의 청구 서류는 사본 접수 불가합니다.
 - 접수관련 문의 : TEL 1588-4404, 상담가능시간 09시 ~ 18시
- 접수하신 보험금 청구서류가 심사과정에서 추가로 필요할 경우에는 서류를 추가 요청 드릴 수 있습니다.

[보험금 등의 청구시 구비서류]

청구서(회사양식), 사고증명서(사망진단서, 장애인단서, 입원치료확인서 등), 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함), 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

10. 보험계약대출

- 보험계약대출이란 보험약관에 따른 대출을 말합니다. 보험계약자에 대한 보험계약대출은 보험기간 중에 가입자의 사정변경으로 보험료의 납입이 곤란하게 되거나, 일시적으로 금전이 필요하게 되는 경우에 해약할 때 지급하여야 할 금액의 범위내에서 보험계약자에게 대출을 하여 주고, 대출금이 변제되지 않을 경우에는 보험자가 지급하여야 할 금액에서 해당 대출원리금을 공제하고 지급합니다.





보험용어 해설

[납입최고기간]

보험계약자가 약정된 기일까지 보험료를 납입하지 않았을 경우 보험계약자에게 보험료 납입을 재촉하는 통지기간을 말합니다.

[보장개시일]

보험회사가 보험계약에서 정한 책임을 지기 시작하는 날을 말하는데, 현행 보험약관에 따르면 제1회 보험료를 받은 때로부터 보장이 개시됩니다.

[보험가입금액]

보험기간 내 보험사고가 발생할 때 보험자는 일정한 금액을 지급할 책임을 지는 것이며 이 금액이 보험금액입니다.

[보험계약자]

자기의 이름으로 보험회사와 계약을 체결하고 계약이 성립되면 보험료납입의무를 지는 자입니다.

[보험금]

보험기간 내에 보험사고가 발생하는 경우 보험회사가 지급해야 하는 금액을 말합니다. 보험금액은 보험계약을 체결할 때 보험회사와 보험계약자의 합의에 따라 자유로이 정할 수 있습니다.

[보험기간]

보험회사의 보장이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로서 이를 보장기간 또는 위험기간이라고도 합니다.

[보험료]

보험은 보험회사가 보험금의 지급의무를 부담하는 대신 계약 상대방인 보험계약자는 그 대가를 보험회사에게 지불할 것을 약속하는 계약입니다. 이 때 보험금지급 약속의 대가로서 보험계약자가 보험회사에게 지불하는 금액을 보험료라고 합니다.

[보험료 납입기간]

보험료를 납입하는 기간으로서 보험기간과 항상 일치하는 것은 아닙니다. 보험료 납입기간이 보험기간과 동일한 경우를 전기납(全期納), 보험기간보다 보험료 납입기간이 짧은 경우를 단기납(短期納)이라고 합니다.

[보험료 납입면제]

보험계약자의 보험료납입의무를 보험약관의 정함에 따라 면제하고 계약을 유효하게 존속시키는 것을 말합니다. 즉, 보험료 납입기간 중 보험료납입면제 사유가 발생하였을 때에는 정래에 한하여 납입할 보험료의 납입을 면제하는 것입니다.

[보험료납입유예기간]

보험료 납입일이 넘었다고 해서 바로 보험계약의 효력을 상실하게 하지 않고 일정기간은 납입을 유예하도록 되어 있는데 이 기간을 말하는 것입니다. 2회부터의 보험료는 납입일이 속하는 달의 다음달 말일까지 유예기간을 두고 있으며, 이 유예기간이 지나면 그 다음날부터 계약의 효력을 상실하게 되어 있습니다.

[보험수익자]

보험계약자로부터 보험금 청구권을 지정받은 사람으로서 그 수나 자격에는 제한이 없으며 보험금 지급사유가 발생했을 때 보험금을 지급받는 자를 말합니다.

[보험사고]

보험회사가 그 발생에 대하여 보험금 지급을 약속한 사고이며 생명보험계약의 경우는 피보험자의 생사(生死)나 상해(傷害), 질병(疾病) 등이 이에 해당됩니다. 즉 보험회사가 일정한 보험금을 지급해야 할 의무가 있는 사고로서 보험금 지급사유라고도 합니다.

[보험증권]

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험자가 기명날인하여 보험계약자에게 교부하는 증서를 말합니다. 보험증권은 유가증권이나 민법상의 계약서와는 다르며, 계약의 성립과 내용에 관한 증거가 되는 효력을 갖는 증거증권 또는 보험자에게는 보험금의 지급에 대하여 면책증권으로도 됩니다.

[표준이율]

회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율 3.25%를 말합니다.

[위험보험료]

보험가입자가 중도에서 사망한 때에 지급하는 사망보험금의 재원이 되는 부분을 말합니다.

[주계약]

생명보험계약의 가장 기본적이고 주된 계약부분이며, 특약을 부가하는 대상이 됩니다. 일반적으로는 주보험과 의무적으로 부가되는 특약을 합쳐 주계약이라 합니다.

[책임준비금]

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액입니다.

[청약철회]

보험계약자가 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 청약을 철회하는 것을 말합니다. 다만 청약을 한 날로부터 30일을 초과할 수 없습니다.

[청약철회청구제도]

보험계약자가 계약 후 일정기간 내에 해당 계약의 취소를 요구할 수 있는 제도를 말합니다.

[피보험자]

피보험자란 그 사람의 생사(生死)등이 보험사고의 대상이 되는 자, 즉 그 사람의 사망, 장애, 질병의 발생 또는 생존 등의 조건에 관해서 보험계약이 체결된 대상자를 말합니다.

[해지환급금]

보험회사와 보험계약자 간에 맺어진 계약이 파기되었을 때 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

약관 주요사항 Page 안내

| 구분 | 상품명 | 청약의 철회 | 계약의 무효 | 계약 내용의 변경 | 계약의 부활 | 보험금의 지급사유 | 보험금의 부지급 사유 | 계약전 알림의무 (고지의무) | 계약전 알림의무 (고지의무) 위반에 대한 효과 | 보험금 청구서류 |
|-----|----------------------|-----------|-----------|-----------------|-----------|--------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------|
| 주계약 | 무배당알리안초뉴안심플랜암보험(갱신형) | 13p | 15p | 16p | 20p | 6p | 8p | 11p | 11p | 9p |
| 특약 | 무배당뇌출혈진단특약(갱신형) | | | 38p | 41p | 34p | 35p | | | 36p |
| | 무배당급성심근경색증진단특약(갱신형) | | | 54p | 57p | 50p | 51p | | | 52p |
| | 무배당배우자암보장특약Ⅲ(갱신형) | | 73p | 73p | 77p | 68p | 70p | | | 71p |
| | 무배당고액암진단특약Ⅱ(갱신형) | | 92p | 92p | 95p | 88p | 89p | | | 90p |
| | 무배당뉴실손의료비보장특약(갱신형) | | | 124p | 127p | 104p | 112p | 120p | 121p | 119p |



목 차

◆ 보험약관

- 무배당 알리안츠뉴안심플랜암보험(갱신형) 1
- 무배당 뇌출혈진단특약(갱신형) 31
- 무배당 급성심근경색증진단특약(갱신형) 47
- 무배당 배우자암보장특약Ⅲ(갱신형) 63
- 무배당 고액암진단특약Ⅱ(갱신형) 83
- 무배당 뉴실손의료비보장특약(갱신형) 101
- 지정대리청구서비스특약 133
- 표준하체인수특약 139
- 특정신체부위·질병보장제한부인수특약 145
- 단체취급특약 155

◆ 관련 법규 조항 정리 159

◆ 신체부위의 설명도 165

무배당
알리안츠뉴안심플랜암보험(갱신형)

무배당 알리안츠뉴안심플랜보험(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

| | |
|-----------------------|----|
| 제 1조 [목적] | 04 |
| 제 2조 [용어의 정의] | |

제2관 보험금의 지급

| | |
|---|----|
| 제 3조 [“암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정] | 05 |
| 제 4조 [“제자리암”의 정의 및 진단확정] | |
| 제 5조 [“경계성종양”의 정의 및 진단확정] | 06 |
| 제 6조 [보험금의 지급사유] | |
| 제 7조 [보험금 지급에 관한 세부규정] | 07 |
| 제 8조 [보험금을 지급하지 않는 사유] | 08 |
| 제 9조 [보험금 지급사유의 발생통지] | 09 |
| 제10조 [보험금의 청구] | |
| 제11조 [보험금의 지급절차] | |
| 제12조 [주소변경통지] | 10 |
| 제13조 [보험수익자의 지정] | |
| 제14조 [대표자의 지정] | 11 |

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

| | |
|----------------------------------|----|
| 제15조 [계약 전 알릴 의무] | 11 |
| 제16조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과] | |
| 제17조 [사기에 의한 계약] | 12 |

제4관 보험계약의 성립과 유지

| | |
|------------------------------|----|
| 제18조 [보험계약의 성립] | 12 |
| 제19조 [청약의 철회] | 13 |
| 제20조 [약관교부 및 설명의무 등] | |
| 제21조 [계약의 무효] | 15 |
| 제22조 [계약내용의 변경 등] | 16 |
| 제23조 [계약의 갱신] | |

| | |
|-----------------------|----|
| 제24조 [보험나이 등] | 17 |
| 제25조 [계약의 소멸] | |

제5관 보험료의 납입

| | |
|---|----|
| 제26조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시] | 18 |
| 제27조 [제2회 이후 보험료의 납입] | 19 |
| 제28조 [보험료의 자동대출납입] | |
| 제29조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지] | |
| 제30조 [보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)] | 20 |
| 제31조 [강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)] | |

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

| | |
|---|----|
| 제32조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권] | 21 |
| 제33조 [중대사유로 인한 해지] | |
| 제34조 [회사의 파산선고와 해지] | |
| 제35조 [해지환급금] | |
| 제36조 [보험계약대출] | 22 |
| 제37조 [배당금의 지급] | |

제7관 분쟁의 조정 등

| | |
|-------------------------------|----|
| 제38조 [분쟁의 조정] | 22 |
| 제39조 [관할법원] | |
| 제40조 [소멸시효] | |
| 제41조 [약관의 해석] | |
| 제42조 [회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력] | |
| 제43조 [회사의 손해배상책임] | 23 |
| 제44조 [개인정보보호] | |
| 제45조 [준거법] | |
| 제46조 [예금보험에 의한 지급보장] | |

무배당 알리안츠뉴안심플랜암보험(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [목적]

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2조 [용어의 정의]

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 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.
- 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
- 다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 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 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

용어해설

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래에 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제 3조 [“암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “대상이 되는 악성신생물(암)분류표[유방암, 전립선암, 갑상선암 및 기타피부암 제외](별표2 참조)”에서 정한 악성신생물(암)로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암)), 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “유방암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “전립선암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ⑥ 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자가 “암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세 바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 또는 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4조 [“제자리암”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류

에 있어서 “제자리의 신생물 분류표”(별표3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자가 “제자리암”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5조 [“경계성종양”의 정의 및 진단확정]

① 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “경계성종양 분류표”(별표4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자가 “경계성종양”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 6조 [보험금의 지급사유]

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 : 만기지급금
2. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되었을 때 : 암진단급여금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단이 확정되었을 때 약정한 보험금의 50%지급)
3. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 “유방암”으로 진단이 확정되었을 때 : 유방암 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단이 확정되었을 때 약정한 보험금의 50%지급)
4. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 “전립선암”으로 진단이 확정되었을 때 : 전립선암 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단이 확정되었을 때 약정한 보험금의 50%지급)
5. 피보험자가 보험기간 중 “갑상선암”으로 진단이 확정되었을 때 : 갑상선암 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단이 확정되었을 때 약정한 보험금의 50%지급)
6. 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암”으로 진단이 확정되었을 때 : 기타피부암 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단이 확정되었을 때 약정한 보험금의 50%지급)
7. 피보험자가 보험기간 중 “제자리암”으로 진단이 확정 되었을 때 : 제자리암 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단이 확정되었을 때 약정한 보험금의 50%지급)
8. 피보험자가 보험기간 중 “경계성종양”으로 진단이 확정되었을 때 : 경계성종양 진단급

여금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단이 확정되었을 때 약정한 보험금의 50%지급)

9. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되지 않고 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 : 건강관리자금

용어해설

[암 보장개시일]
 “암”, “유방암” 및 “전립선암” 보장에 대한 보장개시일을 말합니다. 최초계약은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약은 갱신일로 합니다.

[보장개시일]
 회사가 보장을 개시하는 날로서 최초계약의 경우, 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. 갱신계약의 보장개시일은 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)로 합니다.

제 7조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 피보험자가 보험료 납입기간 중 암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후 보험료가 정상적으로 납입된 것으로 보아 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생하는 경우 보험금을 지급합니다.
- ③ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제8호의 진단급여금은 암, 유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다.
- ④ 제6조(보험금의 지급사유) 제3호 내지 제8호의 진단급여금은 갱신된 보험기간별로 유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 각각 1회에 한하여 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 암, 유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제6조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제8호의 진단급여금을 지급합니다. 다만, 암 보장개시일 전일 이전에 암, 유방암 및 전립선암으로 진단이 확정되었거나, 보장개시일 전일 이전에 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정된 경우에는 진단급여금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 또는 제1항의 납입면제 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 최초계약의 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑧ 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유) 제3호 내지 제8호에서 정한 진단급여금의 지급 사유가 발생하더라도, 진단급여금이 지급된 질병과 동일한 경우(이미 진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단이 확정되어 진단보험금이 지급 되더라도 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험금 지급 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑩ 제7항의 ‘최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 및 제9항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑪ 제30조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 최초계약의 청약일로 하여 적용합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제8호의 보험금 지급사유 및 제1항의 보험료 납입면제사유에 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 및 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

| |
|--|
| <p>용어해설</p> <p>[납입최고(독촉)] 약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일을 말합니다.</p> <p>[부활(효력회복)] 계약의 효력이 상실된 후 다시 원 계약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 계약을 되살리는 일을 말합니다.</p> <p>[의료법 제3조(의료기관)]</p> <p>① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.</p> <p>② 의료기관은 의원, 치과의원, 한의원, 조산원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원으로 구분한다.</p> |
|--|

제 8조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.


1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)을 준용하여 해당 보험금을 지급하거나 보험료 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

| |
|---|
|  용어해설 |
| [고의] 범죄 또는 불법행위의 성립요소인 사실에 대한 인식을 말합니다. |

제 9조 [보험금 지급사유의 발생통지]

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 [보험금의 청구]

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하거나 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (진단서(병명기입) 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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 휴대전화 문자메세지 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 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표5 참조)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 가지급제도

(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제 10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 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 늦어지는 경우
 6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제12항에 따라 보험금 지급사유 및 보험금 납입 면제사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 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 및 보험료 납입면제사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급이 늦어짐에 따라 발생한 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

| |
|--|
|  용어해설 |
| [보험금 가지급제도] 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도입니다. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급해 주는 임시 급부금입니다. |

제12조 [주소변경통지]

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

제13조 [보험수익자의 지정]

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제9호의 경우는 계약자로 하고, 같은 조 제2호 내지 제8호는 피보험자로 합니다.

제14조 [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.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 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(의료기관의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다).

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 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 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 위반 사실 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제15조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제30조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

용어해설

[과실]
어떤 결과(사실)의 발생을 예견할 수 있었음에도 불구하고, 부주의로 그것을 인식하지 못한 심리상태를 말합니다.

제17조 [사기에 의한 계약]

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 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(사기 사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

용어해설

[취소]
법률행위의 효력을 소급하여 소멸시키는 일을 말합니다.


제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조[보험계약의 성립]

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은


청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 표준이율 + 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.

| |
|---|
|  용어해설 |
| [제1회 보험료] 보험계약의 성립에 따라 처음 내는 보험료입니다. |

제19조 [청약의 철회]

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

| |
|--|
|  용어해설 |
| [전문보험계약자] 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다. |

제20조 [약관교부 및 설명의무 등]

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약

관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 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.

② 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 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 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

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

용어해설

[통신판매계약]
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

[전자서명법 제2조 제2호]
“전자서명”이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

[전자서명법 제2조 제3호]
“공인전자서명”이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.

- 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
- 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
- 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
- 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

제21조 [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 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자에게 서면으로 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 「2015년 3월 11일 이전 계약의 경우」
만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우.
「2015년 3월 12일 이후 계약의 경우」
만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

[유의사항]

「2015년 3월 11일 이전 계약」으로 심신박약자의 사망을 보장하는 계약은 상법 제732조에 따라 무효가 됩니다. 그러나 「2015년 3월 12일 이후 계약」은, 2015년 3월 12일부터 시행되는 상법 제732조의 개정 규정이 적용되므로, 심신박약자의 사망을 보장하는 계약이라도 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 유효한 계약이 됩니다.

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 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. 피보험자가 계약일부터 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일) 제5항에서 정한 암 보장개시일의 전일 이전에 제3조(“암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 “암”, “유방암” 및 “전립선암”으로 진단 확정되는 경우

용어해설

[무효]

당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

[심신상실자 및 심신박약자]

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제22조 [계약내용의 변경 등]

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험료의 납입주기 및 납입방법
2. 보험가입금액
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.

③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초가입을 할 때 안내한 해지환급금, 만기 지급금 및 건강관리자금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

⑥ 계약자는 이 계약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 계약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제23조 [계약의 갱신]

① 계약자가 보험료 납입기일(갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다)까지 갱신되는 계약의 제1회 보험료를 납입할 때, 이 계약은 자동갱신되는 것으로 합니다. 다만, 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 갱신되지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 계약을 갱신할 수 없습니다.

1. 계약자가 계약의 보험기간 종료일부터 역산하여 15일 전까지 이 계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 계약의 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 피보험자가 암으로 진단이 확정되었을 경우 다만, 유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우에는 갱신할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 갱신할 때에는 갱신 전 계약과 동일한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신을 할 때의 피보험자의 가입나이가 70세를 초과하는 경우 80세만기로 갱신합니다.

④ 제1항에 따라 계약이 갱신되는 경우에 갱신 후 약관은 갱신 전 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관계 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용합니다.

- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산되며, 갱신을 할 때의 보험요율이 적용됩니다.
- ⑥ 회사는 이 계약의 보험기간 종료일부터 역산하여 30일 전까지 다음의 사항을 계약자에게 서면으로 통지하여 드립니다.
 - 1. 제2항 제2호에 해당하는 갱신제한사유
 - 2. 제4항에 따라 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용하는 경우 그 변경된 내용
 - 3. 제6항의 갱신계약 보험요율
- ⑦ 갱신계약의 보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑧ 동 상품에 부가된 특약은 주계약을 갱신하지 않는 경우 갱신되지 않습니다. 다만, 보험금 지급으로 주계약이 갱신되지 않는 경우에는 특약을 갱신할 수 있습니다.

제24조 [보험나이 등]

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제21조(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 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

| 용어해설 | |
|--|---|
| <p>[보험나이] 계약자 또는 피보험자의 출생일부터 계약일까지의 기간을 계산한 나이로, 보험료 산정의 기준이 됩니다.</p> | |
| <p>[보험나이 계산 예시]</p> | |
| <p>생년월일 : 1980년 1월 20일</p> | |
| 예1) 2014년 7월 10일에 가입 | 예2) 2014년 12월 10일에 가입 |
| 2014년 7월 10일 - 1980년 1월 20일 만 34년 5개월 20일 | 2014년 12월 10일 - 1980년 1월 20일 만 34년 10개월 20일 |
| 보험나이 34세 | 보험나이 35세 |

제25조 [계약의 소멸]

- ① 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더는 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이때 “보험료 및 책임준비금 산출 방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘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 : 가
 족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제23조(계약의 갱신) 제2항 제2호의 사유로 이 계약이 효력이 없게 된 경우에도 이 계약
 에 부가된 특약은 보장의 실효성이 있는 경우에는 갱신이 거절되거나 소멸되지 않습니다.

용어해설

[책임준비금]
 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회
 사가 적립해둔 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.

제5관 보험료의 납입

제26조 [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 자
 동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로
 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납
 입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생
 하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건
 강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는
 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우.
- ④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도
 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에
 는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(“암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피
 부암”의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 “암”, “유방암” 및 “전립선암” 보장
 에 대한 보장개시일은 암 보장개시일로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라
 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 암 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제27조 [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.



용어해설

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제28조 [보험료의 자동대출납입]

- ① 계약자는 제29조(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 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해지환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 안내합니다.

제29조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정합니다. 회사는 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 이때, 계약을 체결할 때 또는 이후에 계약자가 알려준 주소로 납입최고서(납입안내장)를 발송하고, 납입최고서 도달여부는 제12조(주소변경통지) 제2항에 따릅니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조 [보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)]

- ① 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 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 표준이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.
- ④ 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암 보장개시일은 부활(효력회복)일부부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제31조 [강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)]

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납 처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제32조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권]

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제21조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래에 한하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조 [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 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 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 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제34조 [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 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제35조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표5 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제36조 [보험계약대출]

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험 상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조 [배당금의 지급]

이 계약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조 [분쟁의 조정]

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

제39조 [관할법원]

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

제40조 [소멸시효]

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제41조 [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.

제42조 [회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력]

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약에 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내

용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.



용어해설

[보험안내자료]

보험안내자료는 안내장, 광고전단, 고객제안서 및 변액보험 운용설명서 등 회사의 승인번호가 명시된 자료를 말합니다.

제43조 [회사의 손해배상책임]

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

제44조 [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 동의없이 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.

제45조 [준거법]

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제46조 [예금보험에 의한 지급보장]

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

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 보험가입금액 1,000만원]

■ 만기지급금(제6조 제1호)

| 지 급 사 유 | 지급 금액 |
|----------------------------|-------|
| 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 | 450만원 |

■ 임신단급여금(제6조 제2호)

| 지 급 사 유 | 경과기간 | 지급 금액 |
|--|------|---------|
| 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) | 2년미만 | 1,000만원 |
| | 2년이상 | 2,000만원 |

■ 유방암 진단급여금(제6조 제3호)

| 지 급 사 유 | 경과기간 | 지급 금액 |
|--|------|-------|
| 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 유방암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) | 2년미만 | 200만원 |
| | 2년이상 | 400만원 |

■ 전립선암 진단급여금(제6조 제4호)

| 지 급 사 유 | 경과기간 | 지급 금액 |
|---|------|-------|
| 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 전립선암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) | 2년미만 | 200만원 |
| | 2년이상 | 400만원 |

■ 갑상선암 진단급여금(제6조 제5호)

| 지 급 사 유 | 경과기간 | 지급 금액 |
|---|------|-------|
| 피보험자가 보험기간 중 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) | 2년미만 | 100만원 |
| | 2년이상 | 200만원 |

■ 기타피부암 진단급여금(제6조 제6호)

| 지 급 사 유 | 경과기간 | 지급 금액 |
|--|------|-------|
| 피보험자가 보험기간 중 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) | 2년미만 | 100만원 |
| | 2년이상 | 200만원 |

■ 제자리암 진단급여금(제6조 제7호)

| 지급 사유 | 경과기간 | 지급 금액 |
|--|------|-------|
| 피보험자가 보험기간 중 제자리암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) | 2년미만 | 100만원 |
| | 2년이상 | 200만원 |

■ 경계성종양 진단급여금(제6조 제8호)

| 지급 사유 | 경과기간 | 지급 금액 |
|---|------|-------|
| 피보험자가 보험기간 중 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) | 2년미만 | 100만원 |
| | 2년이상 | 200만원 |

■ 건강관리자금(제6조 제9호)

| 지급 사유 | 지급 금액 |
|---|-------|
| 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되지 않고 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 | 50만원 |

(주) 1. 경과기간은 계약일을 기준으로 하여 계산합니다.

2. 제3조(“암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 “암”, “유방암” 및 “전립선암”보장에 대한 계약상의 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
3. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 2년 이내의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
4. 유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양에 대한 각각의 진단급여금은 갱신된 보험기간별로 최초 1회에 한하여 지급합니다.
5. 제3조(“암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정)에 따라 암의 정의에서 유방암, 전립선암, 갑상선암 및 기타피부암은 제외되므로, 유방암, 전립선암, 갑상선암 및 기타피부암으로 보험금 지급사유가 발생할 때 유방암, 전립선암, 갑상선암 및 기타피부암에 해당하는 진단급여금을 지급하고 암에 해당하는 진단급여금은 지급되지 않습니다.
6. 피보험자가 보험료 납입기간 중 암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
7. 보험료의 납입이 면제된 경우 차회 이후 보험료가 정상적으로 납입된 것으로 보아 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생하는 경우 보험금을 지급하여 드립니다.
8. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.

(별표2)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표

(유방암, 전립선암, 갑상선암 및 기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

| 대상 악 성 신 생 물 | 분류번호 |
|-----------------------------------|---------|
| 1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암) | C00-C14 |
| 2. 소화기관의 악성신생물(암) | C15-C26 |
| 3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암) | C30-C39 |
| 4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암) | C40-C41 |
| 5. 피부의 악성흑색종 | C43 |
| 6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암) | C45-C49 |
| 7. 여성 생식기관의 악성신생물(암) | C51-C58 |
| 8. 음경의 악성신생물(암) | C60 |
| 9. 고환의 악성신생물(암) | C62 |
| 10. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성신생물(암) | C63 |
| 11. 요로의 악성신생물(암) | C64-C68 |
| 12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암) | C69-C72 |
| 13. 부신의 악성신생물(암) | C74 |
| 14. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성신생물(암) | C75 |
| 15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) | C76-C80 |
| 16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암) | C81-C96 |
| 17. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암) | C97 |
| 18. 진성 적혈구 증가증 | D45 |
| 19. 골수형성이상증후군 | D46 |
| 20. 만성 골수증식질환 | D47.1 |
| 21. 본태성(출혈성) 혈소판증가증 | D47.3 |
| 22. 골수섬유증 | D47.4 |
| 23. 만성 호산구성 백혈병 | D47.5 |

- (주) 1. 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 악성신생물(암) 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 악성신생물(암)이 있는 경우에는 그 악성신생물(암)도 포함하는 것으로 합니다.
2. 유방의 악성신생물(암)(분류번호 C50), 전립선의 악성신생물(암)(분류번호 C61), 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호C73)과 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외됩니다.
3. 전암병소, 심장, 수막, 뇌-중추신경계 양성신생물(분류번호 D15.1, D32, D33)은 악성신생물(암)로 분류되지 않으므로 보장되지 않습니다.
4. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

(별표3)

제자리의 신생물 분류표

약관에 규정하는 “제자리암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

| 분류항목 | 분류번호 |
|---------------------------|------|
| 1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종 | D00 |
| 2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종 | D01 |
| 3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종 | D02 |
| 4. 제자리흑색종 | 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) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표4)

경계성종양 분류표

약관에 규정하는 “경계성종양”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

| 분류항목 | 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 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D43 |
| 8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D44 |
| 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 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. 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판증가증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)은 ‘9.림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물’에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

(별표5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제11조 제2항 및 제35조 제2항 관련)

- 암진단급여금, 유방암 진단급여금, 전립선암 진단급여금, 갑상선암 진단급여금, 기타피부암 진단급여금, 제자리암 진단급여금, 경계성종양 진단급여금(제6조 제2호 내지 제8호)

| 기간 | 지급이자 |
|-----------------------|----------|
| 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간 | 보험계약대출이율 |

- 만기지급금, 건강관리자금(제6조 제1호, 제9호) 및 해지환급금(제35조 제1항)

| 기간 | 지급이자 |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간 | 1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1% |
| 청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간 | 보험계약대출이율 |

- (주) 1. 만기지급금 및 건강관리자금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자계산하며, 제40조(소멸시효)에 따른 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 늦어지는 경우 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 뇌출혈진단특약(갱신형)

무배당 뇌출혈진단특약(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

| | |
|-----------------|----|
| 제 1조 [목적] | 33 |
| 제 2조 [용어의 정의] | |

제2관 보험금의 지급

| | |
|--------------------------|----|
| 제 3조 [뇌출혈의 정의 및 진단확정] | 34 |
| 제 4조 [보험금의 지급사유] | |
| 제 5조 [보험금 지급에 관한 세부규정] | |
| 제 6조 [보험금을 지급하지 않는 사유] | 35 |
| 제 7조 [보험금의 청구] | 36 |
| 제 8조 [보험금의 지급절차] | |
| 제 9조 [보험수익자의 지정] | 37 |

제3관 특약의 성립과 유지

| | |
|----------------------|----|
| 제10조 [특약의 체결 및 효력] | 37 |
| 제11조 [피보험자의 범위] | |
| 제12조 [특약내용의 변경 등] | 38 |
| 제13조 [특약의 갱신] | |
| 제14조 [특약의 보험기간] | 39 |
| 제15조 [특약의 소멸] | |

제4관 보험료의 납입

| | |
|--|----|
| 제16조 [특약 보험료의 납입] | 40 |
| 제17조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] | |
| 제18조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)] | 41 |

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

| | |
|--------------------|----|
| 제19조 [계약자의 임의해지] | 41 |
| 제20조 [해지환급금] | 42 |

제6관 기타사항

| | |
|---------------------------------|----|
| 제21조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용] | 42 |
|---------------------------------|----|

무배당 뇌출혈진단특약(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [목적]

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2조 [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. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 마. 주피보험자 : 보험사고의 주된 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 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.
- 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
- 다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 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 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

용어해설

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래에 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제 3조 [뇌출혈의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에서 “뇌출혈”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “급성심근경색증 분류표”(별표2 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자가 뇌출혈의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 병력 및 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어해설

[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 의원, 치과의원, 한의원, 조산원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원으로 구분한다.

제 4조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단확정시 약정한 보험금의 50%지급)

제 5조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입이 면제된 이후 새로이 특약을 갱신할 때 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며 더는 보험료 납입면제가 적용되지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 배우자형의 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 주계약에서 피보험자의 질병의 진단으로 보험료 납입을 면제하는 경우 그와 동일한 상태가 이 특약의 피보험자에게 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 새로이 특약을 갱신할 때 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며 더 이상 보험료 납입면제가 적용되지 않습니다.
- ③ 제4조(보험금의 지급사유)의 진단급여금은 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)의 진단급여

금을 지급합니다.

- ⑤ 제4항에도 불구하고 제15조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 사망 당시 책임준비금이 지급된 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 진단급여금에서 이미 지급된 금액을 차감하여 지급합니다.
- ⑥ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 또는 제1항 및 제2항의 납입면제 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 최초계약의 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 '최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 최초계약의 청약일로 하여 적용합니다.
- 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.

용어해설

[납입최고(독촉)]
 약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일을 말합니다.

[부활(효력회복)]
 특약의 효력이 상실된 후 다시 원 특약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 특약을 되살리는 일을 말합니다.

[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.

제 6조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우


다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을

해친 경우에는 제4조(보험금의 지급사유) 및 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)을 준용하여 해당 보험금을 지급하거나 보험료 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

| |
|---|
|  용어해설 |
| [고의] 범죄 또는 불법행위의 성립요소인 사실에 대한 인식을 말합니다. |

제 7조 [보험금의 청구]

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하거나 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 장애인단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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.

제 8조 [보험금의 지급절차]

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 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 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표3 참조)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 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 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
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 늦어지는 경우
- 6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제10항에 따라 보험금 지급사유 및 보험료 납입 면제사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급이 늦어짐에 따라 발생한 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 사용목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.



용어해설

[보험금 가지급제도]

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도입니다. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급해 주는 임시 급부금입니다.

제 9조 [보험수익자의 지정]

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제 10조 [특약의 체결 및 효력]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 주계약을 체결할 때 이 특약을 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간이 끝난 후 제13조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
- ③ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신 계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

제11조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약 피보험자(주계약이 2명 이상을 보장하는 보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 ‘주계약 피보험자’라 합니다)로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 이 특약은 더는 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제12조 [특약내용의 변경 등]

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

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초가입을 할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일부턴 역산하여 15일 전까지 이 특약을 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 이러한 경우에도 제17조(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 주계약에서 피보험자의 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 주계약이 갱신되지 않더라도 이 특약은 제1항에 따라 갱신할 수 있으며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 80세 계약해당일로 합니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일로 합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

⑤ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항 및 제2항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일부턴 역산하여 30일 전까지 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

⑦ 갱신계약의 보험가입금액은 갱신 전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제 14조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조(특약의 갱신) 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일이 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제 15조 [특약의 소멸]

- ① 이 특약의 피보험자에게 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지되거나 기타사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 2. 이 특약의 피보험자에게 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우
 - 3. 피보험자가 사망한 경우
 이때 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항 제1호에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 배우자형의 경우 주계약의 피보험자가 보험기간 중 사망하여 주계약이 효력을 상실하게 된 경우에도 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 효력을 가지지 않게 된 경우에도 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ⑤ 제1항 제3호 ‘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.

용어해설

[책임준비금]
 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 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.

제4관 보험료의 납입

제 16조 [특약 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 17조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 최초계약의 제2회 이후의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다.
- ② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지 된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지되지 않습니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 제16조(특약 보험료의 납입) 제2항의 경우에 한하여 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정합니다. 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 경우 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 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

용어해설

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

[전자서명법 제2조 제2호]

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

[전자서명법 제2조 제3호]

“공인전자서명”이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.

- 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
- 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
- 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
- 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

제18조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약한 경우 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제4항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제19조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제20조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표3 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제6관 기타사항

제21조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

■ 뇌출혈 진단급여금(제4조)

| | |
|------|--|
| 지급사유 | 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회에 한함) |
| 지급금액 | 경과기간 2년 미만 : 500만원 경과기간 2년 이상 : 1,000만원 |

- (주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 2년 이내의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신 계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 경과기간은 계약일을 기준일로 하여 계산합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.

(별표2)

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

| 분류항목 | 분류번호 |
|-------------------|------|
| 1. 지주막하출혈 | I60 |
| 2. 뇌내출혈 | I61 |
| 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 | I62 |

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표3)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제8조 제2항 및 제20조 제2항 관련)

| 구분 | 기간 | 지급이자 |
|-----------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 뇌출혈 진단급여금 (제4조) | 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간 | 주계약의 보험계약대출이율 |
| 해지환급금 (제20조 제1항) | 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간 | 1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간:1% |
| | 청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간 | 주계약의 보험계약대출이율 |

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 늦어지는 경우 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 급성심근경색증진단특약(갱신형)

무배당 급성심근경색증진단특약(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

| | |
|-----------------|----|
| 제 1조 [목적] | 49 |
| 제 2조 [용어의 정의] | |

제2관 보험금의 지급

| | |
|-----------------------------|----|
| 제 3조 [급성심근경색증의 정의 및 진단확정] | 50 |
| 제 4조 [보험금의 지급사유] | |
| 제 5조 [보험금 지급에 관한 세부규정] | |
| 제 6조 [보험금을 지급하지 않는 사유] | 51 |
| 제 7조 [보험금의 청구] | 52 |
| 제 8조 [보험금의 지급절차] | |
| 제 9조 [보험수익자의 지정] | 53 |

제3관 특약의 성립과 유지

| | |
|----------------------|----|
| 제10조 [특약의 체결 및 효력] | 53 |
| 제11조 [피보험자의 범위] | |
| 제12조 [특약내용의 변경 등] | 54 |
| 제13조 [특약의 갱신] | |
| 제14조 [특약의 보험기간] | 55 |
| 제15조 [특약의 소멸] | |

제4관 보험료의 납입

| | |
|--|----|
| 제16조 [특약 보험료의 납입] | 56 |
| 제17조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] | |
| 제18조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)] | 57 |

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

| | |
|--------------------|----|
| 제19조 [계약자의 임의해지] | 57 |
| 제20조 [해지환급금] | 58 |

제6관 기타사항

| | |
|---------------------------------|----|
| 제21조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용] | 58 |
|---------------------------------|----|

무배당 급성심근경색증진단특약(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [목적]

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2조 [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. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 마. 주피보험자 : 보험사고의 주된 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 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.
- 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
- 다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 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 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

용어해설

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래에 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제 3조 [급성심근경색증의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에서 “급성심근경색증”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “급성심근경색증 분류표”(별표2 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자가 급성심근경색증의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어해설

[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 의원, 치과의원, 한의원, 조산원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원으로 구분한다.

제 4조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단확정시 약정한 보험금의 50%지급)

제 5조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입이 면제된 이후 새로이 특약을 갱신할 때 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며 더는 보험료 납입면제가 적용되지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 배우자형의 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 주계약에서 피보험자의 질병의 진단으로 인하여 보험료 납입을 면제하는 경우 그와 동일한 상태가 이 특약의 피보험자에게 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 새로이 특약을 갱신할 때 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며 더 이상 보험료 납입면제가 적용되지 않습니다.
- ③ 제4조(보험금의 지급사유)의 진단급여금은 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제4조(보험금의 지급사유)의 진단급여금을 지급합니다.

- ⑤ 제4항에도 불구하고 제15조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 사망 당시 책임준비금이 지급된 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 진단급여금에서 이미 지급된 금액을 차감하여 지급합니다.
- ⑥ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 또는 제1항 및 제2항의 납입면제 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 최초계약의 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 '최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 최초계약의 청약일로 하여 적용합니다.
- 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.

용어해설

[납입최고(독촉)]
 약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일을 말합니다.

[부활(효력회복)]
 특약의 효력이 상실된 후 다시 원 특약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 특약을 되살리는 일을 말합니다.

[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.

제6조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
 - 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 제4조(보험금의 지급사유) 및 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)을

준용하여 해당 보험금을 지급하거나 보험료 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

용어해설

[고의]

범죄 또는 불법행위의 성립요소인 사실에 대한 인식을 말합니다.

제 7조 [보험금의 청구]

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하거나 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 장애인단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8조 [보험금의 지급절차]

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 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 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표3 참조)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 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 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
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 늦어지는 경우

6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제10항에 따라 보험금 지급사유 및 보험료 납입 면제사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

- ④ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급이 늦어짐에 따라 발생한 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

용어해설

[보험금 가지급제도]
 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도입니다. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급해 주는 임시 급부금입니다.

제 9조 [보험수익자의 지정]

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제10조 [특약의 체결 및 효력]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 주계약을 체결할 때 이 특약을 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간이 끝난 후 제13조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
- ③ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

제11조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약 피보험자(주계약이 2명 이상을 보장하는 보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 ‘주계약 피보험자’라 합니다)로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 이 특약은 더는 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 제20조

(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제12조 [특약내용의 변경 등]

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

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초가입을 할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제13조 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일부터 역산하여 15일 전까지 이 특약을 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 이러한 경우에도 제17조(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 주계약에서 피보험자의 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 주계약이 갱신되지 않더라도 이 특약은 제1항에 따라 갱신할 수 있으며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 80세 계약해당일로 합니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일로 합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

⑤ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항 및 제2항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일로부터 역산하여 30일 전까지 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

⑦ 갱신계약의 보험가입금액은 갱신 전 특약과 동일하게 적용됩니다.

제14조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제13조(특약의 갱신) 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일이 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제15조 [특약의 소멸]

- ① 이 특약의 피보험자에게 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지되거나 기타사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
 - 2. 이 특약의 피보험자에게 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우
 - 3. 피보험자가 사망한 경우
 이때 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항 제1호에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고 배우자형의 경우 주계약의 피보험자가 보험기간 중 사망하여 주계약이 효력을 상실하게 된 경우에도 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 효력을 가지지 않게 된 경우에도 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ⑤ 제1항 제3호 ‘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.

용어해설

[책임준비금]
 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 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.

제4관 보험료의 납입

제16조 [특약 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제17조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 최초계약의 제2회 이후의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다.
- ② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지 된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지되지 않습니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 제16조(특약 보험료의 납입) 제2항의 경우에 한하여 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정합니다. 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 경우 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 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

용어해설

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

[전자서명법 제2조 제2호]

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

[전자서명법 제2조 제3호]

“공인전자서명”이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.

- 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
- 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
- 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
- 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

제18조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약한 경우 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제4항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제19조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제20조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표3 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제6관 기타사항

제21조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

■ 급성심근경색증 진단급여금(제4조)

| | |
|------|---|
| 지급사유 | 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회에 한함) |
| 지급금액 | 경과기간 2년 미만 : 500만원 경과기간 2년 이상 : 1,000만원 |

- (주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 2년 이내의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신 계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 경과기간은 계약일을 기준일로 하여 계산합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.

(별표2)

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

| 분류항목 | 분류번호 |
|---------------------------|------|
| 1. 급성 심근경색증 | I21 |
| 2. 이차성 심근경색증 | I22 |
| 3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증 | I23 |

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표3)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제8조 제2항 및 제20조 제2항 관련)

| 구분 | 기간 | 지급이자 |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 급성심근경색 증 진단급여금 (제4조) | 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간 | 주계약의 보험계약대출이율 |
| 해지환급금 (제20조 제1항) | 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간 | 1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간:1% |
| | 청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간 | 주계약의 보험계약대출이율 |

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 늦어지는 경우 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 배우자암보장특약III(갱신형)

무배당 배우자암보장특약Ⅲ(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

| | |
|-----------------|----|
| 제 1조 [목적] | 66 |
| 제 2조 [용어의 정의] | |

제2관 보험금의 지급

| | |
|---|----|
| 제 3조 [“암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정] | 67 |
| 제 4조 [“제자리암”의 정의 및 진단확정] | |
| 제 5조 [“경계성종양”의 정의 및 진단확정] | 68 |
| 제 6조 [보험금의 지급사유] | |
| 제 7조 [보험금 지급에 관한 세부규정] | 69 |
| 제 8조 [보험금을 지급하지 않는 사유] | 70 |
| 제 9조 [보험금의 청구] | 71 |
| 제10조 [보험금의 지급절차] | |
| 제11조 [보험수익자의 지정] | 72 |

제3관 특약의 성립과 유지

| | |
|----------------------|----|
| 제12조 [특약의 체결 및 효력] | 72 |
| 제13조 [피보험자의 범위] | |
| 제14조 [특약의 무효] | 73 |
| 제15조 [특약내용의 변경 등] | |
| 제16조 [특약의 갱신] | |
| 제17조 [특약의 보험기간] | 74 |
| 제18조 [특약의 소멸] | |

제4관 보험료의 납입

| | |
|--|----|
| 제19조 [특약 보험료의 납입] | 75 |
| 제20조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] | |
| 제21조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)] | 77 |

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제22조 [계약자의 임의해지] 77
 제23조 [해지환급금]

제6관 기타사항

제24조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용] 77

무배당 배우자암보장특약Ⅲ(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [목적]

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2조 [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. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 마. 주피보험자 : 보험사고의 주된 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 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.
- 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
- 다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 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 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

용어해설

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래에 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제 3조 [“암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “대상이 되는 악성신생물(암)분류표[유방암, 전립선암, 갑상선암 및 기타피부암 제외](별표2 참조)”에서 정한 악성신생물(암)로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암)), 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “유방암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “전립선암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ⑥ 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자가 “암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “유방암”, “전립선암” 또는 “갑상선암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4조 [“제자리암”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “제자리의 신생물 분류표”(별표3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
 - ② 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자가 “제자리암”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
- 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5조 [“경계성종양”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “경계성종양 분류표”(별표4 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자가 “경계성종양”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 6조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 : 만기지급금
2. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되었을 때 : 암진단급여금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단이 확정되었을 때 약정한 보험금의 50%지급)
3. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 “유방암”으로 진단이 확정되었을 때 : 유방암 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단이 확정되었을 때 약정한 보험금의 50%지급)
4. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 “전립선암”으로 진단이 확정되었을 때 : 전립선암 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단이 확정되었을 때 약정한 보험금의 50%지급)
5. 피보험자가 보험기간 중 “갑상선암”으로 진단이 확정되었을 때 : 갑상선암 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단이 확정되었을 때 약정한 보험금의 50%지급)
6. 피보험자가 보험기간 중 “기타피부암”으로 진단이 확정 되었을 때 : 기타피부암 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단이 확정되었을 때 약정한 보험금의 50%지급)
7. 피보험자가 보험기간 중 “제자리암”으로 진단이 확정 되었을 때 : 제자리암 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단이 확정되었을 때 약정한 보험금의 50%지급)
8. 피보험자가 보험기간 중 “경계성종양”으로 진단이 확정 되었을 때 : 경계성종양 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단이 확정되었을 때 약정한 보험금의 50%지급)
9. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되지 않고 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 : 건강관리자금

용어해설

[암 보장개시일]

“암”, “유방암” 및 “전립선암” 보장에 대한 보장개시일을 말합니다. 최초계약은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약은 갱신일로 합니다.

[보장개시일]

회사가 보장을 개시하는 날로서 최초계약의 경우, 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. 갱신계약의 보장개시일은 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)로 합니다.

제 7조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 피보험자가 보험료 납입기간 중 암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후 보험료가 정상적으로 납입된 것으로 보아 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생하는 경우 보험금을 지급합니다.
- ③ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제8호의 진단급여금은 암, 유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다.
- ④ 제6조(보험금의 지급사유) 제3호 내지 제8호의 진단급여금은 갱신된 보험기간별로 유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 각각 1회에 한하여 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 보험기간 중 사망하고 그 후에 암, 유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제6조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제8호의 진단급여금을 지급합니다. 다만, 암 보장개시일 전일 이전에 암, 유방암 및 전립선암으로 진단이 확정되었거나, 보장개시일 전일 이전에 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ⑥ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 또는 제1항의 납입면제 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 최초계약의 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑧ 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유) 제3호 내지 제8호에서 정한 진단급여금의 지급사유가 발생하더라도, 진단급여금이 지급된 질병과 동일한 경우(이미 진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단이 확정되어 진단보험금이 지급 되더라도 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험금 지급 사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑩ 제7항의 '최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안' 및 제10항의 '보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑪ 제21조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 최초계약의 청약일로 하여 적용합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제8호의 보험금 지급사유 및 제1항의 보험료 납입면제사유에 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 및 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

| |
|--|
| <p>용어해설</p> <p>[부활(효력회복)] 특약의 효력이 상실된 후 다시 원 특약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 특약을 되살리는 일을 말합니다.</p> <p>[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 의원, 치과의원, 한의원, 조산원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원으로 구분한다.</p> |
|--|

제 8조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 제6조(보험금의 지급사유) 및 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)을 준용하여 해당 보험금을 지급하거나 보험료 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

용어해설

[고의]

범죄 또는 불법행위의 성립요소인 사실에 대한 인식을 말합니다.

제 9조 [보험금의 청구]

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하거나 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 [보험금의 지급절차]

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 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 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표5 참조)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 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 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
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 늦어지는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제12항에 따라 보험금 지급사유 및 보험금 납입 면제사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급이 늦어짐에 따라 발생한 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

용어해설

[보험금 가지급제도]
 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도입니다. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급해 주는 임시 급부금입니다.

제11조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제9호의 경우는 계약자로 하고, 같은 조 제2호 내지 제8호는 피보험자로 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제12조 [특약의 체결 및 효력]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약을 주계약을 체결할 때 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간이 끝난 후 제16조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
- ③ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 제3조(“암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 “암”, “유방암” 및 “전립선암” 보장에 대한 보장개시일은 암 보장개시일로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 암 보장개시일은 갱신일로 합니다.

제13조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 특약을 체결할 때 주계약 피보험자(주계약이 2명 이상을 보장하는 보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 ‘주계약 피보험자’라 합니다)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 피보험자가 제1항에서 정하는 배우자의 자격을 상실한 경우에 이 특약은 더는 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지

급합니다.

- ③ 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제14조 [특약의 무효]

피보험자가 계약일부부터 암 보장개시일의 전일 이전에 제3조(“암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 “암”, “유방암” 및 “전립선암”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 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.

용어해설

[무효]
당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

[과실]
어떤 결과(사실)의 발생을 예견할 수 있었음에도 불구하고, 부주의로 그것을 인식하지 못한 심리상태를 말합니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초가입을 할 때 안내한 해지환급금, 만기지급금 및 건강관리자금보다 적어질 수 있습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일부턴 역산하여 15일전까지 이 특약을 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 이러한 경우에도 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 주계약에서 피보험자의 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 주계약이 갱신되지 않더라도 이 특약은 제1항에 따라 갱신할 수 있으며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 80세 계약해당일로 합니다.

③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일로 합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 특약의 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 피보험자가 암으로 진단이 확정되었을 경우 다만, 유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우에는 갱신할 수 있습니다.

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신을 할 때의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일부터 역산하여 30일 전까지 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

⑥ 갱신계약의 특약 보험가입금액은 갱신 전 특약과 동일하게 적용됩니다.



용어해설

[납입최고(독촉)]

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일을 말합니다.

제17조 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제16조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제18조 [특약의 소멸]

① 이 특약의 피보험자에게 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지되거나 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 이 특약의 피보험자에게 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더는 발생할 수 없는 경우
3. 피보험자가 사망한 경우

이때 “보험료 및 책임준비금 산출 방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

- ② 제1항 제1호에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고, 제13조(피보험자의 범위) 제1항에서 정한 주계약 피보험자가 보험기간 중 사망하여 주계약이 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 주계약이 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 효력을 가지지 않게 된 경우에도 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ⑤ 제1항 제3호 ‘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.

용어해설

[책임준비금]
 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 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.

제4관 보험료의 납입

제19조 [특약 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 20조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 최초계약의 제2회 이후의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다.
- ② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지 된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하


지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지하지 않습니다.

④ 제2항에도 불구하고 제19조(특약 보험료의 납입) 제2항의 경우에 한하여 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정합니다. 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 경우 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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

 용어해설

[납입기일]
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

[전자서명법 제2조 제2호]
“전자서명”이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

[전자서명법 제2조 제3호]
“공인전자서명”이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.

- 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
- 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
- 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
- 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

제21조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약한 경우 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제4항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제22조 [계약자의 임의해지]

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

제23조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일 까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표5 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제6관 기타사항

제24조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 보험가입금액 1,000만원]

■ 만기지급금(제6조 제1호)

| 지 급 사 유 | 지급 금액 |
|----------------------------|-------|
| 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 | 450만원 |

■ 암진단급여금(제6조 제2호)

| 지 급 사 유 | 경과기간 | 지급 금액 |
|--|------|---------|
| 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) | 2년미만 | 1,000만원 |
| | 2년이상 | 2,000만원 |

■ 유방암 진단급여금(제6조 제3호)

| 지 급 사 유 | 경과기간 | 지급 금액 |
|--|------|-------|
| 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 유방암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) | 2년미만 | 200만원 |
| | 2년이상 | 400만원 |

■ 전립선암 진단급여금(제6조 제4호)

| 지 급 사 유 | 경과기간 | 지급 금액 |
|---|------|-------|
| 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 전립선암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) | 2년미만 | 200만원 |
| | 2년이상 | 400만원 |

■ 갑상선암 진단급여금(제6조 제5호)

| 지 급 사 유 | 경과기간 | 지급 금액 |
|---|------|-------|
| 피보험자가 보험기간 중 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) | 2년미만 | 100만원 |
| | 2년이상 | 200만원 |

■ 기타피부암 진단급여금(제6조 제6호)

| 지 급 사 유 | 경과기간 | 지급 금액 |
|--|------|-------|
| 피보험자가 보험기간 중 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) | 2년미만 | 100만원 |
| | 2년이상 | 200만원 |

■ 제자리암 진단급여금(제6조 제7호)

| 지급 사유 | 경과기간 | 지급 금액 |
|--|------|-------|
| 피보험자가 보험기간 중 제자리암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) | 2년미만 | 100만원 |
| | 2년이상 | 200만원 |

■ 경계성종양 진단급여금(제6조 제8호)

| 지급 사유 | 경과기간 | 지급 금액 |
|---|------|-------|
| 피보험자가 보험기간 중 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) | 2년미만 | 100만원 |
| | 2년이상 | 200만원 |

■ 건강관리자금(제6조 제9호)

| 지급 사유 | 지급 금액 |
|---|-------|
| 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되지 않고 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 | 50만원 |

(주) 1. 경과기간은 계약일을 기준일로 하여 계산합니다.

2. 제3조(“암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 “암”, “유방암” 및 “전립선암”보장에 대한 계약상의 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일로부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
3. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 2년 이내의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
4. 유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양에 대한 각각의 진단급여금은 갱신된 보험기간별로 최초 1회에 한하여 지급합니다.
5. 제3조(“암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정)에 따라 암의 정의에서 유방암, 전립선암, 갑상선암 및 기타피부암은 제외되므로, 유방암, 전립선암, 갑상선암 및 기타피부암으로 보험금 지급사유가 발생할 때 유방암, 전립선암, 갑상선암 및 기타피부암에 해당하는 진단급여금을 지급하고 암에 해당하는 진단급여금은 지급되지 않습니다.
6. 피보험자가 보험료 납입기간 중 암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
7. 보험료의 납입이 면제된 경우 차회 이후 보험료가 정상적으로 납입된 것으로 보아 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생하는 경우 보험금을 지급하여 드립니다.
8. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.

(별표2)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표

(유방암, 전립선암, 갑상선암 및 기타피부암 제외)

무배당 알리안츠뉴안심플랜암보험(갱신형) 약관의
별표2(대상이 되는 악성신생물(암) 분류표)와 동일

(별표3)

제자리의 신생물 분류표

무배당 알리안츠뉴안심플랜암보험(갱신형) 약관의
별표3(제자리의 신생물 분류표)와 동일

(별표4)

경계성종양 분류표

무배당 알리안츠뉴안심플랜암보험(갱신형) 약관의
별표4(경계성종양 분류표)와 동일

(별표5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제10조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

- 암진단급여금, 유방암 진단급여금, 전립선암 진단급여금, 갑상선암 진단급여금, 기타피부암 진단급여금, 제자리암 진단급여금, 경계성종양 진단급여금(제6조 제2호 내지 제8호)

| 기간 | 지급이자 |
|-----------------------|---------------|
| 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간 | 주계약의 보험계약대출이율 |

- 만기지급금, 건강관리자금(제6조 제1호, 제9호) 및 해지환급금(제23조 제1항)

| 기간 | 지급이자 |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간 | 1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1% |
| 청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간 | 주계약의 보험계약대출이율 |

- (주) 1. 만기지급금 및 건강관리자금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
 2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 늦어지는 경우 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 고액암진단특약II(갱신형)

무배당 고액암진단특약II(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

| | |
|-----------------------|----|
| 제 1조 [목적] | 86 |
| 제 2조 [용어의 정의] | |

제2관 보험금의 지급

| | |
|---|----|
| 제 3조 [“암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정] | 87 |
| 제 4조 [“고액암”의 정의 및 진단확정] | |
| 제 5조 [보험금의 지급사유] | 88 |
| 제 6조 [보험금 지급에 관한 세부규정] | |
| 제 7조 [보험금을 지급하지 않는 사유] | 89 |
| 제 8조 [보험금의 청구] | 90 |
| 제 9조 [보험금의 지급절차] | |
| 제10조 [보험수익자의 지정] | 91 |

제3관 특약의 성립과 유지

| | |
|----------------------------|----|
| 제11조 [특약의 체결 및 효력] | 91 |
| 제12조 [피보험자의 범위] | |
| 제13조 [특약의 무효] | 92 |
| 제14조 [특약내용의 변경 등] | |
| 제15조 [특약의 갱신] | |
| 제16조 [특약의 보험기간] | 93 |
| 제17조 [특약의 소멸] | |

제4관 보험료의 납입

| | |
|--|----|
| 제18조 [특약 보험료의 납입] | 94 |
| 제19조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지] | |
| 제20조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)] | 95 |

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제21조 [계약자의 임의해지] 96
제22조 [해지환급금]

제6관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용] 96

무배당 고액암진단특약II(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [목적]

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2조 [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. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 마. 주피보험자 : 보험사고의 주된 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 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.
- 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
- 다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 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 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

용어해설

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래에 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제 3조 [“암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “대상이 되는 악성신생물(암)분류표[유방암, 전립선암, 갑상선암 및 기타피부암 제외](별표2 참조)”에서 정한 악성신생물(암)로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암)), 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “유방암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “전립선암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상체불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ⑥ 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자가 “암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 또는 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조 [“고액암”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “고액암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 백혈병, 뇌암, 골수암 등 “고액치료비 관련암 분류표”(별표3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자가 “고액암”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “고액암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 피보험자가 고액암으로 진단이 확정되었을 때 보험수익자에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.(다만, 최초 1회에 한하며, 가입 후 2년 미만에 진단확정시 약정한 보험금의 50%지급)

| |
|---|
| <p>용어해설</p> <p>[암 보장개시일] “암” 보장에 대한 보장개시일을 말합니다. 최초계약은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약은 갱신일로 합니다.</p> <p>[보장개시일] 회사가 보장을 개시하는 날로서 최초계약의 경우, 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. 갱신계약의 보장개시일은 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)로 합니다.</p> |
|---|

제 6조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입이 면제된 이후 새로이 특약을 갱신할 때 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며 더는 보험료 납입면제가 적용되지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 배우자형의 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 주계약에서 피보험자의 질병의 진단으로 보험료 납입을 면제하는 경우 그와 동일한 상태가 이 특약의 피보험자에게 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 특약의 보험료 납입이 면제된 이후 새로이 특약을 갱신할 때 갱신계약의 보험료를 납입하여야 하며 더는 보험료 납입면제가 적용되지 않습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약의 피보험자가 암 보장개시일 이후에 고액암 이외의 암으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신할 때 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다. 그러나 유방암, 전립선암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 암 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 고액암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제5조(보험금의 지급사유)의 진단급여금을 지급합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 제17조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 계약자에게 사망 당시 책임준비금이 지급된 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)의 진단급여금에서 이미 지급된 금액을 차감하여 지급합니다.
- ⑥ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 또는 제2항 및 제3항의 납입면제 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

- ⑦ 제6항에도 불구하고 최초계약의 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제7항의 '최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 제20조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 최초계약의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유에 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 및 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

용어해설

[부활(효력회복)]
 특약의 효력이 상실된 후 다시 원 특약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 특약을 되살리는 일을 말합니다.

[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 의원, 치과의원, 한의원, 조산원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원으로 구분한다.

제 7조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 및 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 준용하여 해당 보험금을 지급하거나 보험료 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

용어해설

[고의]
 범죄 또는 불법행위의 성립요소인 사실에 대한 인식을 말합니다.

제 8조 [보험금의 청구]

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하거나 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9조 [보험금의 지급절차]

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 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 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표4 참조)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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 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
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 조사 및 확인이 늦어지는 경우
6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제10항에 따라 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급이 늦어짐에 따라 발생한 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

용어해설

[보험금 가지급제도]

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도입니다. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급해 주는 임시 급부금입니다.

제10조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제11조 [특약의 체결 및 효력]


- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약을 주계약을 체결할 때 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간이 끝난 후 제15조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
- ③ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 암 보장개시일로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

제12조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약 피보험자(주계약이 2명 이상을 보장하는 보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 ‘주계약 피보험자’라 합니다)로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더는 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제13조 [특약의 무효]

피보험자가 최초계약의 계약일(부활계약의 경우 부활일)부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 제3조(“암”, “유방암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암, 유방암 및 전립선암으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 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 돌려 드립니다.

| |
|---|
|  용어해설 |
| [무효] 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다. |
| [과실] 어떤결과(사실)의 발생을 예견할 수 있었음에도 불구하고, 부주의로 그것을 인식하지 못한 심리상태를 말합니다. |

제14조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초가입을 할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 [특약의 갱신]


- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일부터 역산하여 15일전까지 이 특약을 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 이러한 경우에도 제19조(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 주계약에서 피보험자의 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 주계약이 갱신되지 않더라도 이 특약은 제1항에 따라 갱신할 수 있으며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 80세 계약해당일로 합니다.
- ③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 80세 계약해당일 이후인 경우에는 80세 계약해당일로 합니다.
- ④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계

약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

⑤ 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항 및 제2항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더는 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신을 할 때의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일부터 역산하여 30일 전까지 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

⑦ 갱신계약의 보험가입금액은 갱신 전 특약과 동일하게 적용됩니다.

 **용어해설**

[납입최고(독촉)]
 약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일을 말합니다.

제16조 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제15조(특약의 갱신) 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일이 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제17조 [특약의 소멸]

① 이 특약의 피보험자에게 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지되거나 기타 사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 이 특약의 피보험자에게 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우
3. 피보험자가 사망한 경우
 이 때 ‘보험료 및 책임준비금 산출 방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

② 제1항 제1호에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 제1호에도 불구하고, 배우자형의 경우 주계약의 피보험자가 보험기간 중 사망하여 주계약이 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.

④ 제1항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 효력을 가지지 않게 된 경우에도 이 특약은 소멸되지 않습니다.

⑤ 제1항 제3호 ‘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.

용어해설

[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.

제4관 보험료의 납입

제18조 [특약 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제19조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 최초계약의 제2회 이후의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다.
- ② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지 된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지하지 않습니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 제18조(특약 보험료의 납입) 제2항의 경우에 한하여 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정합니다. 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 경우 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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

- ⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

용어해설

[납입기일]
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

[전자서명법 제2조 제2호]
“전자서명”이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

[전자서명법 제2조 제3호]
“공인전자서명”이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.

- 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
- 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
- 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
- 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

제20조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약한 경우 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제4항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제21조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제22조 [해지환급금]

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표4 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제6관 기타사항

제23조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

■ 고액암 진단급여금(제5조)

| | |
|------|---|
| 지급사유 | 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 고액암으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회에 한함) |
| 지급금액 | 경과기간 2년 미만 : 1,000만원 경과기간 2년 이상 : 2,000만원 |

- (주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 가입 후 2년 이내의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 제4조(“고액암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “고액암”에 대한 계약상의 보장개시일은 최초 계약의 경우 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
3. 경과기간은 계약일을 기준일로 하여 계산합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.

(별표2)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표

(유방암, 전립선암, 갑상선암 및 기타피부암 제외)

무배당 알리안츠뉴안심플랜암보험(갱신형) 약관의
별표2(대상이 되는 악성신생물(암) 분류표)와 동일

(별표3)

고액치료비 관련암 분류표

약관에 규정하는 고액치료비 관련암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

| 대 상 악 성 신 생 물 | 분류번호 |
|---|------|
| <ul style="list-style-type: none"> · 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암) <ul style="list-style-type: none"> 1. 사지의 뼈 및 관절연골의 악성 신생물(암) C40 2. 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성 신생물(암) C41 · 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암) <ul style="list-style-type: none"> 3. 수막의 악성 신생물(암) C70 4. 뇌의 악성 신생물(암) C71 5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성 신생물(암) C72 · 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암) <ul style="list-style-type: none"> 6. 호지킨 림프종 C81 7. 소포성 림프종 C82 8. 비소포성 림프종 C83 9. 성숙 T/NK-세포 림프종 C84 10. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종 C85 11. T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태 C86 12. 기타 B-세포림프종[악성 면역증식질환] C88 13. 다발성 골수종 및 악성 형질세포신 생물 C90 14. 림프성 백혈병 C91 15. 골수성 백혈병 C92 16. 단핵구성 백혈병 C93 17. 명시된 세포형의 기타 백혈병 C94 18. 상세불명 세포형의 백혈병 C95 19. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물 C96 20. 만성 골수증식질환 D47.1 21. 만성 호산구성 백혈병 D47.5 | |

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제9조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

| 구분 | 기간 | 지급이자 |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 고액암 진단급여금 (제5조) | 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간 | 주계약의 보험계약대출이율 |
| 해지환급금 (제22조 제1항) | 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간 | 1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간:1% |
| | 청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간 | 주계약의 보험계약대출이율 |

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 늦어지는 경우 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 뉴실손의료비보장특약(갱신형)

무배당 뉴실손의료비보장특약(갱신형)

제1관 일반사항 및 용어의 정의

| | |
|-----------------|-----|
| 제 1조 [담보종목] | 104 |
| 제 2조 [용어의 정의] | |

제2관 회사가 보상하는 사항

| | |
|---------------------|-----|
| 제 3조 [담보종목별 보장내용] | 104 |
|---------------------|-----|

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

| | |
|---------------------|-----|
| 제 4조 [보상하지 않는 사항] | 112 |
|---------------------|-----|

제4관 보험금의 지급

| | |
|-----------------------|-----|
| 제 5조 [보험금 지급사유의 통지] | 119 |
| 제 6조 [보험금의 청구] | |
| 제 7조 [보험금의 지급절차] | |
| 제 8조 [보험수익자의 지정] | 120 |

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

| | |
|-------------------------|-----|
| 제 9조 [계약 전 알릴 의무] | 120 |
| 제10조 [상해보험계약 후 알릴 의무] | 121 |
| 제11조 [알릴 의무 위반의 효과] | |
| 제12조 [사기에 의한 계약] | 122 |

제6관 특약의 성립과 유지

| | |
|-------------------------------|-----|
| 제13조 [특약의 체결 및 소멸] | 123 |
| 제14조 [특약의 보장개시일] | |
| 제15조 [피보험자의 범위 및 자격의 득실] | 124 |
| 제16조 [특약내용의 변경 등] | |
| 제17조 [특약의 갱신] | |
| 제18조 [특약의 보험기간 및 보장내용 변경주기] | 125 |
| 제19조 [재가입] | |

제7관 보험료의 납입

제20조 [특약 보험료의 납입] 126
 제21조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]
 제22조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)] 127

제8관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제23조 [계약자의 임의해지] 128
 제24조 [해지환급금]

제9관 다수보험의 처리 등

제25조 [다수보험의 처리] 128
 제26조 [연대책임]

제10관 기타사항

제27조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용] 129

무배당 뉴실손의료비보장특약(갱신형)

실손 의료보험은 사람의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 상품입니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제 1조 [담보종목]

① 회사가 판매하는 실손 의료보험상품은 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형 및 질병통원형의 총 4개 이내의 담보종목으로 구성되어 있습니다.

| 담보종목 | | 보상하는 내용 |
|------|----|---|
| 상해 | 입원 | 피보험자가 상해로 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상 |
| | 통원 | 피보험자가 상해로 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상 |
| 질병 | 입원 | 피보험자가 질병으로 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상 |
| | 통원 | 피보험자가 질병으로 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상 |

② 회사는 이 특약의 명칭에 ‘실손 의료비’ 문구를 포함하여 사용합니다.

제 2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용하는 용어의 정의는 (붙임1)과 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제 3조 [담보종목별 보장내용]

회사가 이 특약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

| 담보 종목 | 보상하는 사항 | |
|-------------------------|--|--------------------|
| (1) 상 해 입 원 | ① 회사는 피보험자가 상해로 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 보상합니다. | |
| | 구 분 | 보상금액 |
| | 표 준 형 | 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 |

| | | |
|-----|--------------------|--|
| | | (다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다) |
| | 상급병실료차액 | 입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다) |
| 선택형 | 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 | ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여 ^{주)} (상급병실료 차액 제외)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액 (다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다) |
| | 상급병실료차액 | 입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다) |

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

(1) **상해입원**

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 상해에 포함되지 않습니다.

③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원 의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 보상합니다.

④ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 하나의 상해로 최초 입원일부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지났거나, 하나의 상해로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우는 다시 보상합니다.

<보상기간 예시>

Timeline: (2015.1.1) 계약(갱신)일 → (2015.3.1) 최초입원일 → (2016.2.28) 2016.2.29부터 보상제외 → (2016.5.28) 2016.5.29부터 보상재개 → (2017.5.28) 2017.5.29부터 보상제외

(1) 상해 입원

⑤ 제1항의 경우 특약이 갱신되어 하나의 상해로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.

⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제4항을 적용합니다.

⑦ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 따라 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

(2) 상해 통원

① 회사는 피보험자가 상해로 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

| 구분 | 보 상 한 도 |
|-------|--|
| 외래 | 방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여 ^{주)} ’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도) |
| 처방조제비 | 처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여 ^{주)} ’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도) |

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

<표1 항목별 공제금액>

| 구분 | 항 목 | 공제 금액 | |
|-----|-----------------------|--|-----------------------------|
| 표준형 | 외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계) | 의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소 | 1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액 |
| | | 의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원 | 1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액 |
| | | 국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합 | 2만원과 보상대상 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|------------|------------|------------|------------|---|---|---|---|------------|------------|------------|--------------|---------|-----------|-----------|-----------|--|--|--|------|
| (2) 상해통원 | | 전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원 | 의료비의 20%중 큰 금액 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 처방조제비 | 국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당) | 8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 선택형 | 외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계) | 의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소 | 1만원 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원 | 1만 5천원 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원 | 2만원 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 처방조제비 | 국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당) | 8천원 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상합니다. 다만, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제1항을 적용합니다.</p> <p style="text-align: center;"><보상기간 예시></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">보상대상기간(1년)</td> <td style="width: 25%;">보상대상기간(1년)</td> <td style="width: 25%;">보상대상기간(1년)</td> <td style="width: 25%;">추가보상(180일)</td> </tr> <tr> <td>↑</td> <td>↑</td> <td>↑</td> <td>↑</td> </tr> <tr> <td>(2015.1.1)</td> <td>(2016.1.1)</td> <td>(2017.1.1)</td> <td>(2017.12.31)</td> </tr> <tr> <td>계약(갱신)일</td> <td>계약(갱신)해당일</td> <td>계약(갱신)해당일</td> <td>계약(갱신)종료일</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>보상종료</td> </tr> </table> <p>③ 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의</p> | | | | 보상대상기간(1년) | 보상대상기간(1년) | 보상대상기간(1년) | 추가보상(180일) | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | (2015.1.1) | (2016.1.1) | (2017.1.1) | (2017.12.31) | 계약(갱신)일 | 계약(갱신)해당일 | 계약(갱신)해당일 | 계약(갱신)종료일 | | | | 보상종료 |
| 보상대상기간(1년) | 보상대상기간(1년) | 보상대상기간(1년) | 추가보상(180일) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2015.1.1) | (2016.1.1) | (2017.1.1) | (2017.12.31) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 계약(갱신)일 | 계약(갱신)해당일 | 계약(갱신)해당일 | 계약(갱신)종료일 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 보상종료 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| <p>(2) 상해 통원</p> | <p>처방으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.</p> <p>④ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.</p> <p>⑤ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원 의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 각각의 한도로 보상합니다.</p> <p>⑥ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복지후생제도에 따라 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</p> | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|--|--|------|-------------|--------------------|--|----------|--|-------------|--------------------|--|----------|--|
| <p>(3) 질병 입원</p> | <p>① 회사는 피보험자가 질병으로 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 보상합니다.</p> <table border="1" data-bbox="257 775 1228 1620"> <thead> <tr> <th colspan="2">구 분</th> <th>보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">표 준 형</td> <td>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</td> <td>‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여^{주)}(상급병실료 차액 제외)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20%해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td> </tr> <tr> <td>상급병실료 차액</td> <td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">선 택 형</td> <td>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</td> <td>‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여^{주)}(상급병실료 차액 제외)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10%해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td> </tr> <tr> <td>상급병실료 차액</td> <td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td> </tr> </tbody> </table> <p>주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)</p> <p>② 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또</p> | 구 분 | | 보상금액 | 표 준 형 | 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 | ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여 ^{주)} (상급병실료 차액 제외)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20%해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다) | 상급병실료 차액 | 입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다) | 선 택 형 | 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 | ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여 ^{주)} (상급병실료 차액 제외)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10%해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다) | 상급병실료 차액 | 입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다) |
| 구 분 | | 보상금액 | | | | | | | | | | | | |
| 표 준 형 | 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 | ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여 ^{주)} (상급병실료 차액 제외)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20%해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다) | | | | | | | | | | | | |
| | 상급병실료 차액 | 입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다) | | | | | | | | | | | | |
| 선 택 형 | 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 | ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여 ^{주)} (상급병실료 차액 제외)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10%해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다) | | | | | | | | | | | | |
| | 상급병실료 차액 | 입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다) | | | | | | | | | | | | |

는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.

③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원 의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 보상합니다.

④ 회사는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비는 최초 입원일부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)까지 보상합니다. 다만, 하나의 질병으로 최초 입원일부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지났거나, 하나의 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나 재입원한 경우는 새로운 질병으로 보아 다시 보상합니다.

<보상기간 예시>



(3) 질병입원

⑤ 제1항의 경우 특약이 갱신되어 하나의 질병으로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.

⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제4항을 적용합니다.

⑦ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 따라 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

⑧ 하나의 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 하나의 질병으로 간주합니다.

⑨ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

⑩ 제9항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생

하지 않은 경우를 말합니다.
 ⑩ 이 약관 제22조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑪ 회사는 피보험자가 질병으로 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

| 구분 | 보 상 한 도 |
|-------|---|
| 외래 | 방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여 ^{주)} ’ 부분의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도) |
| 처방조제비 | 처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여 ^{주)} ’ 부분의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도) |

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

<표1 항목별 공제금액>

| 구분 | 항 목 | 공제 금액 | |
|-------|---|--|-----------------------------|
| 표준형 | 외래(외래제비용 및 외래수술비 | 의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소 | 1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액 |
| | 합계) | 의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원 | 1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액 |
| | | 국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원 | 2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액 |
| 처방조제비 | 국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사 | 8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액 | |

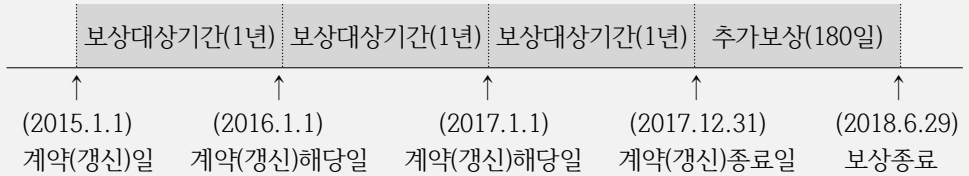
(4) 질병통원

(4) 질병통원

| | | | |
|-----|--------------------------------|--|--------|
| | | 의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당) | |
| 선택형 | 외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계) | 의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소 | 1만원 |
| | | 의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원 | 1만 5천원 |
| | | 국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원 | 2만원 |
| | 처방조제비 | 국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당) | 8천원 |

② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상합니다. 다만, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



③ 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.

④ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또

| | |
|--|---|
| | <p>는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.</p> <p>⑤ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원 의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 각각의 한도로 보상합니다.</p> <p>⑥ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 따라 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</p> <p>(4) ⑦ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.</p> <p>통원 ⑧ 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.</p> <p>원 ⑨ 이 약관 제22조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.</p> |
|--|---|

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제 4조 [보상하지 않는 사항]

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

| 담보 종목 | 보상하지 않는 사항 |
|-------------------------|---|
| (1) 상 해 입 원 | <p>① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다. |

| | |
|-------------------------|--|
| (1) 상 해 입 원 | <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 <p>③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 7. 외모개선 목적의 치료로 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, |
|-------------------------|--|

| | |
|-----------------|---|
| | <p>본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p> |
| <p>(2) 상해통원</p> | <p>① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다. <p>(2) ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 <p>③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함함) |

| | |
|-----------------|--|
| <p>(2) 상해통원</p> | <p>니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</p> <p>7. 외모개선 목적의 치료로 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p> |
| <p>(3) 질병입원</p> | <p>① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다. <p>② 회사는 제6차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다. 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) |

| | |
|-------------------------|--|
| (3) 질 병 입 원 | <p>5. 비만(E66)</p> <p>6. 비뇨기계 장애(N39, R32)</p> <p>7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분 (I84, K60~K62)</p> <p>③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 6. 아래에 열거된 치료로 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence), 불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosi), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항(별표2)비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 8. 외모개선 목적의 치료로 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 |
|-------------------------|--|

| | |
|---------------------|--|
| <p>(3) 질병입원</p> | <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.</p> <p>11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 따른 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)</p> <p>12. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p> |
| <p>(4) 질병통원</p> | <p>① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다. <p>② 회사는 제6차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.</p> <p>제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 비뇨기계 장애(N39, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62) <p>③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의 |

(4) 질병통원

- 료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 6. 아래에 열거된 치료로 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence), 불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosi s), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항(별표2)비급여대상에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
 8. 외모개선 목적의 치료로 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
 9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상합니다.
 11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 따른 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)
 12. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

제4관 보험금의 지급

제 5조 [보험금 지급사유의 통지]

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(담보종목별 보장내용)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 6조 [보험금의 청구]

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서(병명기입), 입원확인서, 진료비영수증, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함) 등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

용어해설

[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 의원, 치과의원, 한의원, 조산원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원으로 구분한다.

제 7조 [보험금의 지급절차]

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 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 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제4항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 늦어지는 경우
 6. 제5항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다) 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(붙임2 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 늦어진 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급이 늦어짐에 따라 발생한 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(담보종목별 보장내용)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.

용어해설

[보험금 가지급제도]

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도입니다. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급해 주는 임시 급부금입니다.

제 8조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 9조 [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, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등

건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제10조 [상해보험계약 후 알릴 의무]

- ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간중에 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체 없이 회사에 알려야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업, 직무의 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 직업, 직무의 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계 없는 사고로 발생한 상해에 관해서는 삭감하여 지급하지 않습니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업, 직무의 변경된 사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 따라 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

| |
|--|
| <p> 용어해설</p> |
| <p>[고의] 범죄 또는 불법행위의 성립요소인 사실에 대한 인식을 말합니다.</p> <p>[과실] 어떤 결과(사실)의 발생을 예견할 수 있었음에도 불구하고, 부주의로 그것을 인식하지 못한 심리상태를 말합니다.</p> |

제11조 [알릴 의무 위반의 효과]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제9조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
 - 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제10조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났

을 때


3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 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 해지할 수 있습니다.

③ 1항 제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다. 또한, 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제10조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.

④ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제3항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제22조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복) 계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

| |
|---|
|  용어해설 |
| [제1회 보험료] 계약의 성립에 따라 처음 내는 보험료입니다. |
| [부활(효력회복)] 계약의 효력이 상실된 후 다시 원 계약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 계약을 되살리는 일을 말합니다. |

제12조 [사기에 의한 계약]

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 뚜렷한 사기에 따라 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약이 성립한 날부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 특약을 취소할 수

있습니다.

| |
|---|
| <p>용어해설</p> |
| <p>[취소] 법률행위의 효력을 소급하여 소멸시키는 일을 말합니다.</p> |

제6관 특약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결 및 소멸]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형, 자녀형 중 선택하여 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 주계약을 체결할 때 이 특약을 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간이 끝난 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
- ③ 이 특약의 피보험자에게 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지되거나 기타사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자의 사망으로 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더는 발생할 수 없는 경우. 이때 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ④ 제3항 제1호에도 불구하고, 배우자형 및 자녀형의 경우, 주계약의 피보험자가 보험기간 중 사망하여 주계약이 효력을 상실하게 된 경우에도 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ⑤ 제3항 제2호 ‘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.

| |
|--|
| <p>용어해설</p> |
| <p>[책임준비금] 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.</p> |
| <p>[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.</p> |

제14조 [특약의 보장개시일]

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 갱

신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

용어해설

[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.

제15조 [피보험자의 범위 및 자격의 득실]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형, 자녀형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2명 이상을 보장하는 보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 '주계약 피보험자'라 합니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약의 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
 3. 자녀형의 경우 주계약의 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 자녀[주계약 피보험자와 실질적 부양관계에 있는 자 포함] 중 특약을 체결할 때 계약자가 선택한 1명으로 합니다.
- ② 배우자형 또는 자녀형의 경우 피보험자가 제1항 제2호 또는 제3호에서 정하는 피보험자의 자격을 상실한 경우에 이 특약은 더는 효력을 가지지 않습니다.
- ③ 배우자형 또는 자녀형의 경우 피보험자가 제1항 제2호 또는 제3호에서 정하는 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형 또는 자녀형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않으며 계속하여 보상합니다.

제16조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 보험가입금액의 감액이 적용되지 않습니다.
- ② 주계약을 감액완납보험으로 변경하는 경우 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 않습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제17조 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일부턴 역산하여 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 이러한 경우에도 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험

료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

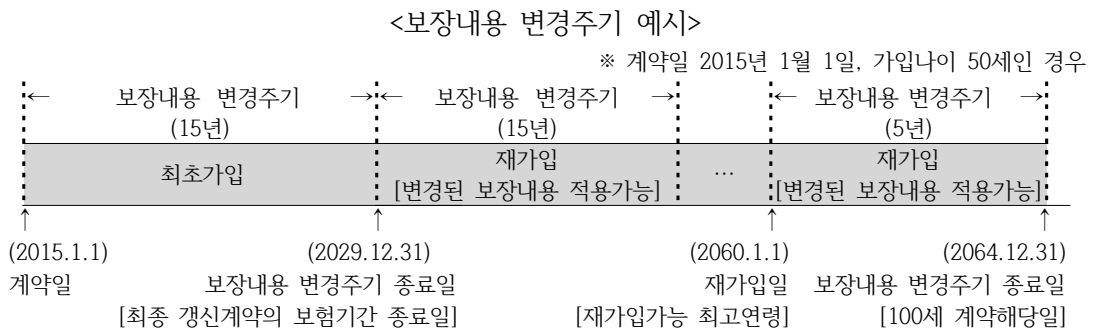
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 「최초(재) 가입나이 + 보장내용 변경주기」세의 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ④ 갱신일 이전에 이 특약이 관계 법령 및 금융감독원장이 정한 시행세칙 등의 개정에 따라 변경된 경우에는 이 특약에도 불구하고 갱신일을 기준으로 회사가 정한 소정의 보험상품으로 갱신하여 드립니다. 또한, 갱신계약에 대하여는 갱신일 현재의 보험료율(피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험료율을 말함)을 적용하고, 그 보험료율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 변동될 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험료 또는 약관이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 종료일부터 역산하여30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

용어해설

[납입최고(독촉)]
 약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일을 말합니다.

제18조 [특약의 보험기간 및 보장내용 변경주기]

- ① 이 특약의 보험기간은 1년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 이 특약의 보장내용 변경주기란 특약의 보장내용이 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 변경될 수 있는 주기를 말하며 15년으로 합니다. 다만, 재가입할 때 「주계약의 보험기간 종료일」(다만, 주계약의 보험기간이 종신인 경우 “주계약의 보험기간 종료일”은 피보험자의 100세 계약해당일로 합니다)까지의 잔여기간이 15년 미만일 경우 그 잔여기간을 보장내용 변경주기로 합니다.



- ③ 보장내용 변경주기 종료일은 「최초(재) 가입나이 + 보장내용 변경주기」세의 계약해당일로 합니다.

제19조 [재가입]

- ① 특약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 종료일전까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약 종료일의 다음날로 재가

입할 수 있습니다.

1. 재가입을 할 때 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 나이의 범위 내일 것
 2. 재가입을 하기 전에 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 이 특약의 자동갱신 종료 후 재가입하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품의 보험종목에서 선택하여 가입할 수 있습니다. 다만, 재가입 계약이 직전 계약보다 보장내용 및 범위 등이 확대된 경우 확대된 내용에 대해 회사는 재가입 시점의 인수기준에 따라 승낙 또는 승낙 거절을 할 수 있으며, 승낙을 거절할 때에도 계약자는 재가입 직전계약과 동일한 가입조건에 보험 계약으로 재가입이 가능합니다.
- ③ 회사는 계약자에게 보장내용 변경주기 종료일 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 알려드리고, 재가입일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 예외로 합니다.
- ④ 회사가 제3항에 따른 안내를 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면으로 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제7관 보험료의 납입

제20조 [특약 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제21조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제20조(특약 보험료의 납입) 제2항의 경우에 한하여 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정합니다. 회사는 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기

간 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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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.

1 용어해설

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

[전자서명법 제2조 제2호]

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

[전자서명법 제2조 제3호]

“공인전자서명”이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.

- 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
- 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
- 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
- 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

제22조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

① 회사는 주계약의 납입기간 중 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 청약한 경우 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었을 경우 계약자는 해지된 날부터 2년 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 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제8관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제23조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.

제24조 [해지환급금]

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제25조 [다수보험의 처리]

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상한도로 합니다.
- ③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

■ [비례분담액 계산 예시]

각 계약별 비례분담액

$$= \text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제26조 [연대책임]

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수보험이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 특약의 지급한도 내에서 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제10관 기타사항

제27조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(붙임1)

용어의 정의

| 용어 | 정의 |
|--------------------|---|
| 갱신 전 계약 | 갱신계약의 경우 계약이 갱신되기 직전 계약 |
| 갱신계약 | 계약의 보험기간 종료 후 제17조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우 |
| 갱신일 | 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 다음날 |
| 계약 | 보험계약 |
| 계약자 | 보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람 |
| 국민건강보험법상 본인부담금 상한제 | 국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름 |
| 기준병실 | 병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실 |
| 다수보험 | 실손의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손의료보험계약을 말함 |
| 병원 | 국민건강보험법 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외) |
| 보상대상의료비 | 실제부담액 - 보상제외금액 |
| 보상책임액 | (실제 부담액 - 보상제외금액) × 회사부담비율 |
| 보험기간 | 계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간 |
| 보험증권 | 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서 |
| 상해 | 보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고 |
| 보험수익자 | 보험금을 수령하는 사람 |
| 약국 | 약사법 제2조 제3항 규정에 따른 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외 |
| 약사 | 약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람 |
| 연단위 복리 | 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법 |
| 영업일 | 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외 |
| 외래수술비 | 통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함 |
| 외래제비용 | 통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함 |
| 요양급여 | 국민건강보험법제39조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 |
| 의료급여 | 의료급여법제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상등에 대한 다음 각호의 의료급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그밖의 의료목적의 달성을 위한 조치 |

| 용어 | 정의 |
|-------------------------------|--|
| 의료급여법상 본인 부담금 보상제 및 본인부담금 상한제 | 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름 |
| 의료기관 | 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨 |
| 의사 | 의료법제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과 의사의 자격을 가진 사람 |
| 입원 | 의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것 |
| 입원수술비 | 입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함 |
| 입원실료 | 입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함 |
| 입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관 | 보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음 |
| 입원의료비 | 입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨 |
| 입원제비용 | 입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함 |
| 주계약 | 주된 보험계약 |
| 중요한 사항 | 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다. |
| 진단계약 | 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약 |
| 처방조제 | 의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제42조 제1항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함) |
| 처방조제비 | 병원여의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함 |
| 최초계약 | 주계약을 체결할 때 최초로 부가할 경우 |
| 통원 | 의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것 |
| 통원의료비 | 외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨 |
| 표준이율 | 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율 |
| 피보험자 | 보험금지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람 |
| 해지 | 현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래에 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것 |
| 회사 | 보험회사 |

(붙임2)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

| 구분 | 기간 | 지급이자 |
|-------------------|-----------------------|------------------|
| 보장관련 보험금 (제3조) | 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간 | 주계약의 보험계약대출이율 |

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 늦어지는 경우 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

지정대리청구서비스특약

지정대리청구서비스특약

제1관 목적 및 용어의 정의

| | |
|-------------------|-----|
| 제 1조 [목적] | 135 |
| 제 2조 [용어의 정의] | |

제2관 지정대리청구인의 지정

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 제 3조 [지정대리청구인의 지정] | 135 |
| 제 4조 [지정대리청구인의 지정 또는 변경할 때의 구비서류] | |
| 제 5조 [보험금의 청구] | 136 |
| 제 6조 [보험금의 지급절차] | |

제3관 특약의 성립과 유지

| | |
|-----------------------|-----|
| 제 7조 [특약의 적용] | 136 |
| 제 8조 [특약의 체결 및 효력] | |

제4관 보험료의 납입

| | |
|---------------------------|-----|
| 제 9조 [특약 보험료의 납입] | 137 |
|---------------------------|-----|

제5관 기타사항

| | |
|------------------------------|-----|
| 제10조 [주계약 약관 규정의 준용] | 137 |
|------------------------------|-----|

지정대리청구서비스특약

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [목적]

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 보험금의 대리청구인을 지정하기 위하여 체결됩니다.

제 2조 [용어의 정의]

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

제2관 지정대리청구인의 지정

제 3조 [지정대리청구인의 지정]

① 계약자는 보험수익자에게 정신 또는 신경계의 장애로 영구히 의사소통이 불가능하거나 스스로 올바른 의사판단을 할 수 없다는 의사의 소견을 제출한 경우 등 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결 할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정 또는 변경할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금을 청구 할 때에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 보험수익자와 동거하거나 생계를 같이 하고 있는 보험수익자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 보험수익자와 동거하거나 생계를 같이 하고 있는 보험수익자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제7조(특약의 적용)의 계약자 또는 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 4조 [지정대리청구인의 지정 또는 변경할 때의 구비서류]

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 지정 또는 변경하여야 합니다. 이 경우

회사는 지정 또는 변경 사항을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 지정 또는 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

제 5조 [보험금의 청구]

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 보험수익자의 인감증명서
5. 보험수익자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 6조 [보험금의 지급절차]

- ① 지정대리청구인은 제5조(보험금의 청구)에서 정한 구비서류 및 제7조(특약의 적용)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제7조(특약의 적용)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 그러나 보험금을 보험수익자 또는 보험수익자의 법정대리인에게 이미 지급한 경우에는 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 없습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제 7조 [특약의 적용]

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.

제 8조 [특약의 체결 및 효력]

- ① 이 특약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가되어집니다.
- ② 제7조(특약의 적용)의 계약이 해지 또는 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 더는 효력이 없습니다.

용어해설

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래에 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.

제4관 보험료의 납입

제 9조 [특약 보험료의 납입]

이 특약의 보험료는 없습니다.

제5관 기타사항

제10조 [주계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

표준하체인수특약

표준하체인수특약

| | |
|-----------------------------|-----|
| 제 1조 [목적] | 141 |
| 제 2조 [용어의 정의] | |
| 제 3조 [특약의 내용] | |
| 제 4조 [특약의 부가조건] | |
| 제 5조 [특약의 체결 및 효력] | 142 |
| 제 6조 [특약내용의 변경] | 143 |
| 제 7조 [특약의 보험기간 및 보험료의 납입] | |
| 제 8조 [주계약 약관 규정의 준용] | |

표준하체인수특약

제 1조 [목적]

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 위험도가 높은 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2조 [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. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

다. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

재해 : “재해분류표”(별표1 참조)에서 정한 재해를 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제 3조 [특약의 내용]

이 특약은 피보험자의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제 4조 [특약의 부가조건]

① 특약에 따라 부가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한 가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률(건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 초과위험에 대해 적용되는 위험률로 일반적으로 표준체 대비 높은 보험료가 적용)에 따른 보험료와 표준체(標準體)보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약체결시 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 특약에 정한 보험금을 지급합니다.

2. 보험금감액법

계약일부터 회사가 정하는 삭감기간(削減期間)내에 특약의 규정에 정하는 재해 이외의 원인으로 피보험자가 사망하였을 경우에는 특약의 규정에도 불구하고 특약을 체결할 때 정한 삭감기간에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

| 경과기간 | 기준 | 삭감 기간 | | | | |
|-------------|----------------------|-------|-----|-----|-----|-----|
| | | 1년 | 2년 | 3년 | 4년 | 5년 |
| 1년미만 | 보험계약에 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% |

그러나, 재해로 피보험자가 사망한 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 않고 보험계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다.

3. 나이가산법


할증위험률(건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 초과위험에 대해 적용되는 위험률로 일반적으로 표준체 대비 높은 보험료가 적용)에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 나이간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 피보험자의 위험지수(危險指數)가 실제 n세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정할 때 n년증이라 칭하고 n세 높은 나이의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 병용(併用)할 수 있습니다.

② 제1항 제2호 '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.

③ 제1항 제1호 내지 제4호의 규정에 따라 계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

 **용어해설**

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 따라 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

제 5조 [특약의 체결 및 효력]

① 이 특약은 계약을 체결할 때 피보험자의 진단결과 회사가 정한 표준체보험에 가입할 수 없다고 인정할 때에 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 특약을 2명 이상을 보장하는 보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 자로 합니다.

③ 이 특약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

용어해설

[보장개시일]

회사가 보장을 개시하는 날로서 특약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제 6조 [특약내용의 변경]

이 특약은 주계약의 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납(보장(보험가입금액)을 낮추는 대신 보험료 납입 의무를 면제해주는 제도로 당초 계약한 보험기간과 보험금 지급 조건은 바꾸지 않으면서 보장금액만 낮아짐) 또는 연장보험(최초 계약 대비 보험기간을 연장한 보험)으로의 변경

제 7조 [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.
- ③ 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제 8조 [주계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.


(별표1)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병 (콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

 **용어해설**

[감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호]

“제1군감염병”이란 마시는 물 또는 식품을 매개로 발생하고 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 방역대책을 수립하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다.

- 가. 콜레라
- 나. 장티푸스
- 다. 파라티푸스
- 라. 세균성이질
- 마. 장출혈성대장균감염증
- 바. A형간염

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적인 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 (다만, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 합병증을 일으키게 한 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)” 중 질병으로 인한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ () 안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함되는 것으로 합니다.

※ 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

특정신체부위 · 질병보장제한부인수특약

특정신체부위 · 질병보장제한부인수특약

| | |
|---------------------------------------|-----|
| 제 1조 [목적] | 147 |
| 제 2조 [용어의 정의] | |
| 제 3조 [회사가 보험금을 지급하지 않는 특약조건에 대한 내용] | |
| 제 4조 [특약의 체결 및 효력] | 148 |
| 제 5조 [효력상실된 특약의 부활(효력회복)] | 149 |
| 제 6조 [주계약 약관 규정의 준용] | |

특정신체부위·질병보장제한부인수특약

제 1조 [목적]

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 피보험자의 특정신체부위·질병 보장을 제한하고 인수하기 위하여 체결됩니다.

제 2조 [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. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

재해 : “재해분류표”(별표3 참조)에서 정한 재해를 말합니다.

3. 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 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 3조 [회사가 보험금을 지급하지 않는 특약조건の内容]

① 주계약에 이 특약을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 1종의 경우에는 제2항에서 정하는 질병 중 제1호의 질병을 대상으로 하여 부가하며, 2종의 경우에는 제2항에서 정하는 질병 중 제1호 및 제2호의 질병을 대상으로 하여 부가합니다.

② 이 특약에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간중에 다음 각 호 어느 하나의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 피보험자가 사망으로 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. “특정신체부위분류표”(별표1 참조)중에서 회사가 지정한 신체부위(이하 “특정신체부위”라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병

2. “특정질병분류표”(별표2 참조)중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다)

③ 제2항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정질병 또는 특정신체부위의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「주계약의 보험기간」으로 합니다. 다만, 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사 표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하 “갱신계약”이라 합니다)에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 산정은 최초 계약

일을 기준으로 하며 「주계약의 보험기간」은 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

④ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 중 어느 하나의 경우에 해당되는 사유로 주계약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 제2항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 (다만, 전이는 합병증으로 보지 않습니다.)
2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 발생한 특정질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 재해로 주계약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
4. 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 제2항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없고, 청약일부터 5년이 지난 이후 제2항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 주계약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

⑤ 제4항 제4호의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 주계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제5조(효력상실된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 청약일로 하여 제4항 및 제5항을 적용합니다.

⑦ 피보험자가 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑨ 제2항의 특정신체부위와 특정질병을 더하여 4개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

용어해설

[해지]
현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래에 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.

[부활(효력회복)]
특약의 효력이 상실된 후 다시 원 특약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 특약을 되살리는 일을 말합니다.

제 4조 [특약의 체결 및 효력]

① 이 특약은 주계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계

약에 부가하여 이루어 집니다.

② 이 특약을 2명 이상을 보장하는 보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 보험금의 지급 사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 자로 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

④ 주계약이 해지되거나, 기타사유로 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약도 더는 효력이 없습니다.

⑤ 주계약 및 특약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 제3조(회사가 보험금을 지급하지 않는 특약조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 제3조(회사가 보험금을 지급하지 않는 특약조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

① 용어해설

[보장개시일]

회사가 보장을 개시하는 날로서 특약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

[무효]

당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

제 5조 [효력상실된 특약의 부활(효력회복)]

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 6조 [주계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

특정신체부위분류표

| 분류번호 | 특정신체부위의 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) |
| 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)

특정질병분류표

약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

| 병명 | 분류번호 | 세부내용 |
|-----------------|---|-----------------------------------|
| 심장질환 | I00~I02, I05~I09, I20~I25, I26~I28, I30~I52 | |
| 뇌혈관질환 | I60~I69 | |
| 당뇨병 | E10~E14 | |
| 고혈압질환 | I10~I13, I15 | |
| 담석증 | K 80 | 담석증 |
| 요로결석증 | N 20 | 신장 및 요관의 결석 |
| | N 21 | 하부 요로의 결석 |
| | N 22 | 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석 |
| | N 23 | 상세불명의 신장 급통증 |
| 임신중독증 | O 11 | 동반된 단백뇨를 동반한 전에 있던 고혈압성 장애 |
| | O 12 | 고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발성] 부종 및 단백뇨 |
| | O 13 | 유익한 단백뇨를 동반하지 않은 임신성[임신-유발성] 고혈압 |
| | O 14 | 유익한 단백뇨를 동반한 임신성[임신-유발성] 고혈압 |
| | 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 |
| | M 16 | 고관절증 |
| | M 17 | 무릎관절증 |
| | M 18 | 제 1수근중수 관절의 관절증 |
| | M 19 | 기타 관절증 |
| 척추만곡증 | M 40 | 척주후만증 및 척주전만증 |
| | M 41 | 척주측만증 |

| | | |
|---------|------|---------------------------|
| 통풍 | E 79 | 퓨린 및 피리미딘 대사장애 |
| | M 10 | 통풍 |
| 갑상선의 장애 | E 00 | 선천성 요오드결핍증후군 |
| | E 01 | 요오드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태 |
| | E 02 | 준임상적 요오드결핍성 갑상선기능저하증 |
| | E 03 | 기타 갑상선기능저하증 |
| | E 04 | 기타 비독성 고이터 |
| | E 05 | 갑상선독증[갑상선기능항진증] |
| | E 06 | 갑상선염 |
| | E 07 | 갑상선의 기타 장애 |
| 골다공증 | M 80 | 병적 골절을 동반한 골다공증 |
| | M 81 | 병적골절이 없는 골다공증 |
| | M 82 | 달리 분류된 질환에서의 골다공증 |

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표3)

재해분류표

표준하체인수특약 약관의
별표1(재해분류표)와 동일

단체취급특약

단체취급특약

| | |
|-------------------------|-----|
| 제 1조 [목적] | 157 |
| 제 2조 [용어의 정의] | |
| 제 3조 [특약의 적용] | |
| 제 4조 [특약의 소멸] | |
| 제 5조 [보험요율의 적용] | 158 |
| 제 6조 [대표자의 선정] | |
| 제 7조 [특약 보험료의 납입] | |
| 제 8조 [상법 제735조의3의 적용] | |
| 제 9조 [주계약 약관 규정의 준용] | |

단체취급특약

제 1조 [목적]

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 주계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 특약을 포함합니다. 이하 같습니다)을 단체보험계약으로 취급하기 위하여 체결됩니다.

제 2조 [용어의 정의]

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

제 3조 [특약의 적용]

이 단체취급 특별협약(이하 "단체취급특약"이라 합니다)은 주계약을 체결할 때 다음과 같은 조건을 만족하는 주계약에 한하여 적용합니다.

1. 주계약의 계약자 또는 피보험자가 다음 중 한가지의 단체에 소속되어야 합니다.
 - 가. 제1종 단체 : 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련 법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.
 - 나. 제2종 단체 : 비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자단체
 - 다. 제3종 단체 : 그밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체
2. 단체취급특약의 적용을 받는 인원수는 동일단체(이하 "단체"라 합니다)에 소속한 주계약의 계약자수 또는 단체의 대표자를 계약자로 하고 단체소속원을 피보험자로 하는 주계약의 피보험자 수가 5인 이상이어야 합니다.

제 4조 [특약의 소멸]

① 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 더는 효력이 없으며 주계약 약관의 규정을 장래에 한하여 적용합니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 소속단체를 탈퇴하였을 때
 2. 보험료를 일괄하여 납입하지 않았을 때
- 다만, 보험료 납입방법을 자동이체로 전환하여 보험료가 입금되었을 때는 일괄납입으로 간주합니다.

3. 제3조(특약의 적용)에 정한 단체의 보험료 납입 인원수가 5명 미만으로 되고 그 후 6개월이 지나고도 5명 이상이 되지 않을 때

② 제1항 제1호 또는 제2호의 경우에는 당해 계약자 또는 피보험자에 대하여, 제3호의 경우에는 단체취급계약 전부에 대하여 이 단체취급특약은 더는 효력이 없습니다.

③ 제1항의 규정에 따라 이 단체취급특약이 더는 효력을 가지지 않게 된 경우 차회 이후의 보험료는 주계약에 따른 보험료를 납입하여야 합니다.

제 5조 [보험요율의 적용]

이 단체취급특약이 부가된 경우에는 사업방법서에서 정한 바에 따라 계산된 단체취급 보험요율을 적용합니다.

제 6조 [대표자의 선정]

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

제 7조 [특약 보험료의 납입]

① 보험료는 단체와 회사가 정한 날에 대표자가 일괄하여 납입하여야 합니다.

② 회사는 납입보험료에 대한 영수증을 대표자에게 교부합니다. 다만, 단체의 요구가 있을 경우에는 개별영수증을 발행할 수 있습니다.

제 8조 [상법 제735조의3의 적용]

① 제1조의 단체가 피보험자를 확정할 수 있고 계약의 일괄적 관리가 가능하며, 규약에 따라 계약을 체결하는 경우 피보험자에게 서면으로 동의를 얻지 않아도 되며, 보험계약자에게만 보험증권을 드릴 수 있습니다.

② 제1항의 규약은 보험의 종류 및 일괄 가입에 관한 사항이 포함되어야 하며, 동의 또는 협의를 통하여 피보험자들의 의사가 규약에 반영될 수 있어야 합니다. 다만, 보험수익자를 보험계약자로 지정하는 등 피보험자가 동의할 것이라고 보기 어려운 내용은 별도 동의 내지 약정을 해야 합니다.

③ 보험회사는 보험계약자를 통해 단체의 규약이 제2항을 충족하고 있는지 확인을 해야 하며 관련 서류를 보관해야 합니다.

제 9조 [주계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

법규 조항 정리

■ ■ 전자서명법

제2조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

10. “공인인증기관”이라 함은 공인인증역을 제공하기 위하여 제4조의 규정에 의하여 지정된 자를 말한다.

제4조 (공인인증기관의 지정)

- ① 행정안전부장관은 공인인증업무(이하 "인증업무"라 한다)를 안전하고 신뢰성있게 수행할 능력이 있다고 인정되는 자를 공인인증기관으로 지정할 수 있다.
- ② 공인인증기관으로 지정받을 수 있는 자는 국가기관·지방자치단체 또는 법인에 한한다.
- ③ 공인인증기관으로 지정받고자 하는 자는 대통령령이 정하는 기술능력·재정능력·시설 및 장비 기타 필요한 사항을 갖추어야 한다.
- ④ 행정안전부장관은 제1항에 따라 공인인증기관을 지정하는 경우 공인인증시장의 건전한 발전 등을 위하여 국가기관, 지방자치단체 또는 비영리법인과 특별법에 의하여 설립된 법인에 대하여는 설립목적에 따라 인증업무의 영역을 구분하여 지정할 수 있다.
- ⑤ 공인인증기관의 지정절차 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ ■ 민법

제27조 (실종의 선고)

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제110조 (사기, 강박에 의한 의사표시)

- ① 사기나 강박에 의한 의사표시는 취소할 수 있다.
- ② 상대방있는 의사표시에 관하여 제삼자가 사기나 강박을 행한 경우에는 상대방이 그 사실을 알았거나 알 수 있었을 경우에 한하여 그 의사표시를 취소할 수 있다.
- ③ 전2항의 의사표시의 취소는 선의의 제삼자에게 대항하지 못한다.

■ ■ 상법

제651조 (고지의무위반으로 인한 계약해지)

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

제731조 (타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

제732조 (15세미만자등에 대한 계약의 금지)

15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다.

■ ■ 형법 제31장 약취, 유인 및 인신매매의 죄

제287조(미성년자의 약취, 유인)

미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10년 이하의 징역에 처한다.

제288조(추행 등 목적 약취, 유인 등)

- ① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제2항과 동일한 형으로 처벌한다.

제289조(인신매매)

- ① 사람을 매매한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
- ② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제3항과 동일한 형으로 처벌한다.

■ ■ 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 임부·해산부·산욕부 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(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의 2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 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 국가 시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 - 1. 의학·치의학 또는 한의학학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 - 2. 의학·치의학 또는 한의학학을 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 의학·치의학 또는 한의학학을 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.

■ ■ 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제16조 (수집조사 및 처리의 제한)

- ② 신용정보회사등이 개인의 질병에 관한 정보를 수집·조사하거나 타인에게 제공하려면 미리 제32조제1항에 따른 해당 개인의 동의를 받아야 하며 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제32조 (개인신용 정보의 제공활용에 대한 동의)

- ① 신용정보제공·이용자가 대출, 보증에 관한 정보 등 대통령령으로 정하는 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 개인으로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 미리 동의를 받아야 한다.
 - 1. 서면
 - 2. 「전자서명법」 제2조제3호에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서(「전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
 - 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동意的 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 음성녹음 하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.

5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식
- ② 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 대통령령으로 정하는 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 개인으로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 동의를 받아야 한다. 이때 개인신용정보를 제공받으려는 자는 해당 개인에게 개인신용정보의 조회 시 신용등급이 하락할 수 있음을 고지하여야 한다.
- ③ 신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.
- ④ 신용정보회사가 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제3항까지를 적용하지 아니한다.
 1. 신용정보회사가 다른 신용정보회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
 2. 계약의 이행에 필요한 경우로서 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
 3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
 4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
 5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
 6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법원의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
 7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
 8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
 9. 그 밖에 다른 법률에 따라 제공하는 경우
- ⑤ 제4항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 등 이와 유사한 방법을 통하여 공시할 수 있다.
- ⑥ 제4항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.
- ⑦ 신용정보회사가 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.
- ⑧ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제33조 (개인신용정보의 이용)

개인신용정보는 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계(고용관계는 제외한다. 이하 같다)의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로만 이용하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 개인이 제32조제1항 각 호의 방식으로 이 조 각 호 외의 부분 본문에서 정한 목적 외의 다른 목적에의 이용에 동의한 경우
2. 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)
3. 제32조제4항 각 호의 경우
4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

■ 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제13조(수집·조사 및 처리의 제한)

법 제16조제2항에서 "대통령령으로 정하는 목적"이란 「보험업법」 제4조에 따라 금융위원회로부터 보험업의 허가를 받은 보험회사가 개인의 질병에 관한 정보를 그 정보가 필요한 보험의 계약 및 보험금 지급업무와 관련하여 이용하는 것을 말한다.

제28조(개인신용정보의 제공 활용에 대한 동의)

① 법 제32조제1항에서 "대출, 보증에 관한 정보 등 대통령령으로 정하는 개인신용정보"란 제2조제2항의 개인에 관한 신용정보를 말한다. 다만, 신용정보집중기관 또는 신용조회회사에 제공하려는 다음 각 호의 신용정보는 제외한다.

1. 제2조제1항제3호의 신용정보
2. 제2조제1항제5호 각 목(마목 및 사목은 제외한다)에 따른 신용정보. 다만, 같은 호 라목의 경우에는 체납 관련 정보, 자목의 경우에는 신용회복정보만 해당한다.

② 신용정보제공-이용자는 법 제32조제1항에 따라 해당 개인으로부터 동의를 받으면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공받는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공하는 개인신용정보의 내용
4. 개인신용정보를 제공받는 자(신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간

③ 법 제32조제1항제3호에 따른 개인비밀번호는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 비밀번호로 한다.

1. 해당 개인이 「여신전문금융업법」 제2조제2호의2에 따른 신용카드업자에게 등록한 비밀번호
2. 개인신용정보를 제3자에게 제공하려는 신용정보제공-이용자로부터 해당 개인 명의의 휴대전화 문자메시지를 통하여 받은 비밀번호
3. 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 개인비밀번호

④ 신용정보제공-이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.

⑤ 법 제32조제2항에서 “대통령령으로 정하는 개인신용정보”란 제2조제2항의 개인에 관한 신용정보를 말한다. 다만, 다음 각 호의 신용정보는 제외한다.

1. 제2조제1항제3호의 신용정보
2. 제1항제2호에 따른 정보. 다만, 제2조제1항제5호라목에 따른 체납 관련 정보 중 국민건강보험 및 국민연금에 관한 정보는 제외한다.

⑥ 법 제32조제2항에 따라 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공하는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공받는 개인신용정보의 항목
4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간

⑦ 법 제32조제3항에 따라 신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 개인으로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등 금융위원회가 정하는 방식으로 확인하여야 한다.

⑧ 법 제32조제4항제4호에서 “채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적”이란 다음 각 호의 목적을 말한다.

1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 아니한 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제1항제3호의 각 목에 해당하는 자의 개인신용정보를 신용정보집중기관 및 신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 신용정보집중기관 및 신용조회회사로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적

⑨ 법 제32조제5항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 알리는 경우에는 다음 각 호의 구분에 따른다. 이 경우 그 알리는 방법은 서면, 전화(휴대전화 문자메시지를 포함한다), 전자우편 또는 금융위원회가 정하여 고시하는 방법에 따른다.

1. 법 제32조제4항제1호부터 제3호까지 및 제8호에 따른 정보를 제공하는 경우 : 해당 정보를 제공한 날을 기준으로 하여 30일부터 60일까지의 범위에서 금융위원회가 정하여 고시하는 기간 이내에 알릴 것
2. 법 제32조제4항제4호에 따른 정보를 제공받은 경우 : 해당 정보를 제공받은 날을 기준으로 하여 30일부터 60일까지의 범위에서 금융위원회가 정하여 고시하는 기간 이내에 알릴 것. 다만, 「채권의 공정한 추심에 관한 법률」 제6조제2항 및 제3항에 따라 채권추심회사가 채권수임사실을 통보하는 경우에는 그 수임사실을 통보한 날부터 30일 이내에 알릴 것
3. 법 제32조제4항제5호부터 제7호까지 및 제9호에 따른 정보를 제공하는 경우 : 해당 정보를 제공한 날을 기준으로 하여 60일부터 180일까지의 범위에서 금융위원회가 정하여 고시하는 기간 이내에 알릴 것

⑩ 법 제32조제5항 단서에서 “대통령령으로 정하는 경우”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다. 이 경우 그 공시방법은 인터넷 홈페이지나 게시판에의 게재 또는 사무실·점포 등에서의 비치·열람 등의 방법에 따른다.

1. 신용정보회사등의 고의 또는 과실 없이 신용정보주체의 주소 또는 거소 등을 알 수 없는 경우

- 2. 신용정보의 특성, 제공 대상자, 제공 경위 및 제공 목적 등을 고려하여 공시하는 것이 적정하다고 금융위원회가 인정하여 고시하는 경우(법 제32조제4항제1호부터 제3호까지 및 제7호에 따른 정보만 해당한다)
- ⑩ 법 제32조제6항에서 “대통령령으로 정하는 자”란 제5조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.
- ⑪ 법 제32조제6항에서 “제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항”이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다.

■ ■ 개인정보보호법

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. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
 - 5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 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.
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 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

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. 제15조제1항제2호·제3호 및 제5호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 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 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.

제22조(동의를 받는 방법)

- ① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제5항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.
- ② 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제23조제1호 및 제24조제1항제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.
- ③ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.
- ④ 개인정보처리자는 정보주체가 제2항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제3항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑤ 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다.

이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.

㉔ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제5항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집·매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자는 정보주체가 인터넷 홈페이지를 통하여 회원으로 가입할 경우 주민등록번호를 사용하지 아니하고도 회원으로 가입할 수 있는 방법을 제공하여야 한다.

③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

④ 행정안전부장관은 제2항에 따른 방법의 제공을 지원하기 위하여 관계 법령의 정비, 계획의 수립, 필요한 시설 및 시스템의 구축 등 제반 조치를 마련할 수 있다.

■ ■ 개인정보보호법 시행령

제18조(민감정보의 범위)

법 제23조 각 호 외의 부분 본문에서 "대통령령으로 정하는 정보"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보를 말한다. 다만, 공공기관이 법 제18조 제2항제5호부터 제9호까지의 규정에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보를 처리하는 경우의 해당 정보는 제외한다.

1. 유전자검사 등의 결과로 얻어진 유전정보
2. 「형의 실효 등에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 범죄경력자료에 해당하는 정보

제19조(고유식별정보의 범위)

법 제24조제1항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 정보"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 말한다. 다만, 공공기관이 법 제18조제2항제5호부터 제9호까지의 규정에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보를 처리하는 경우의 해당 정보는 제외한다.

1. 「주민등록법」 제7조제3항에 따른 주민등록번호
2. 「여권법」 제7조제1항제1호에 따른 여권번호
3. 「도로교통법」 제80조에 따른 운전면허의 면허번호
4. 「출입국관리법」 제31조제4항에 따른 외국인등록번호

■ ■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제2조(정의)

2. "제1군감염병"이란 마시는 물 또는 식품을 매개로 발생하고 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 방역대책을 수립하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다.

- 가. 콜레라
- 나. 장티푸스
- 다. 파라티푸스
- 라. 세균성이질
- 마. 장출혈성대장균감염증
- 바. A형간염.

신체부위의 설명도

