

무배당 하나로충분한 암호함

무배당 하나로충분한 암보험 보통약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【보험계약의 성립】

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다. (이하 보험계약은“계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부담보 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수 할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 진단을 받지 아니하는 계약(이하“무진단계약”이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하“진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 교부합니다. 그러나, 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 제3항의 규정에도 불구하고 계약자가 보험료의 납입방법을 금융회사(우체국 포함)의 해당계좌를 통한 자동납입으로 가입(이하 “자동이체납입 가입”이라 합니다)하거나 신용카드를 통하여 가입(이하 “신용카드납입 가입”이라 합니다)하고자 하는 경우에 회사는 청약서를 접수한 날로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 금융회사의 해당계좌 또는 신용카드회사로부터 제1회 보험료를 받고 보험증권을 교부합니다.
- ⑤ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조 【청약의 철회】

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체없이 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 약관대출이율(이하 “약관대출이율”이라 합니다)을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조 【약관교부 및 설명의무 등】

- ① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부분을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서 부분을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서 부분을 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료 납입, 보험기간, 계약전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요

한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부분을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다.)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 단서의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 교부함으로써 청약서 부분을 전달한 것으로 봅니다.

1. 보험계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 보험계약의 경우
2. 보험계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 보험계약자의 법정상속인인 보험계약일 경우

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

제4조 【계약의 무효】

다음에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
3. 피보험자가 계약일로부터 제9조(제1회 보험료 및 회사의 책임개시일) 제6항에서 정한 암보장책임개시일 전일 이전에 제14조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호에서 정한 “암”으로 진단 확정되는 경우

제5조 【계약내용의 변경】

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

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료의 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 보험가입금액
5. 계약자 또는 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)
6. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청한 때에는 회사의 사업방법서에 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자가 제1항 제5호에 의하여 수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제6조 【계약자의 임의해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조 【계약의 소멸】

- ① 이 계약에서 피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항의 경우 보험기간 중 피보험자가 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해분류표(별표6 참조)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제8조 【보험연령】

- ① 이 약관에서의 피보험자의 연령은 보험연령을 기준으로 합니다. 단, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만연령을 적용합니다.
- ② 제1항의 보험연령은 계약일 현재 피보험자의 실제 만연령을 기준으로 6개월 미만의 단수는 버리고 6개월 이상의 단수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 연령이 증가하는 것으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조 【제1회 보험료 및 회사의 책임개시일】

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체 납입의 경우에는 제1회 보험료가 자동이체로 납입된 때, 신용카드납입의 경우에는 제1회 보험료의 매출이 승인된 때)부터 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다. 그러나, 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 책임을 집니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “책임개시일”이라 하며, 책임개시일을 보험계약일로 봅니다)
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 책임개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 책임을 집니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 계약자가 제1회 보험료를 신용카드 납입으로 할 때 사용한 카드가 유효기간이 경과한 카드, 위조된 카드, 변조된 카드, 무효 또는 거래정지를 받은 카드 등 기타사항으로 신용카드 회사로부터 대금이 지급되지 않는 카드인 경우에는 이 보험 계약의 책임개시일로 소급하여 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 책임을 지지 아니합니다.
 1. 제25조(계약전 알릴의무위반의 효과)를 준용하여 회사가 책임을 지지 아니할 수 있는 경우
 2. 제24조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ⑤ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 책임을 지지 아니합니다.
- ⑥ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 제14조(암 등의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호에서 정한 “암”에 대한 책임개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 회사는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 책임을 집니다.(이하 “암보장책임개시일”이라 합니다.)

제10조 【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제11조 【보험료의 자동대출납입】

- ① 계약자는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입 최고기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면 신청할 수 있으며, 이 경우 제34조(약관대출) 제1항에 의한 약관대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
- ② 제1항에도 불구하고 약관대출금과 약관대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출 납입일로부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제21조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조 【보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지】

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고하고 납입최고기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고기간이 끝나는 날의 다음 날 계약을 해지합니다. 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 불구하고 회사의 방문수금 불이행 또는 은행 납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임 있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일로부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체 하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일로부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제1항의 납입최고기간을 적용합니다.
- ③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 납입최고기간 안에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 납입최고기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.
- ④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제13조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 계약의 부활】

- ① 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활을 청약한 날까지

의 연체된 보험료에 이 계약의 예정이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제9조(제1회 보험료 및 회사의 책임개시일), 제24조(계약전 알릴의무), 제25조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제26조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제14조 【“암” 등의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “암” 등이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. “암”이라 함은 악성신생물(이하 “암”이라 합니다.)로 분류되는 질병(별표2 “대상이 되는 악성신생물 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 암에서 제외합니다.
2. “기타피부암”이라 함은 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. “상피내암”이라 함은 별표3(“상피내의 신생물분류표”)에서 정하는 질병을 말합니다.
4. “경계성종양”이라 함은 별표4(“행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표”)에서 정한 질병을 말합니다.

② 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양에 대한 임상학적 진단이 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제15조 【“방사선치료”의 정의】

이 계약에 있어서 “방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제16조 【“항암약물치료”의 정의】

이 계약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 위하여 화학요법 또는 면역요법으로 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제17조 【보험금의 종류 및 지급사유】

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

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 : 만기축하금 (만기환급형에 한함)
2. 피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었을 때 또는 피보험자가 보험기간 중 최초의 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 : 암진단비 (단, 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 각

각에 대하여 1회에 한함)

3. 피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 방사선치료를 받았을 때 또는 피보험자가 보험기간 중 최초의 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 방사선치료를 받았을 때 : 방사선치료비 (단, 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 각각에 대하여 1회에 한함)
4. 피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 항암약물치료를 받았을 때 또는 피보험자가 보험기간 중 최초의 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 항암약물치료를 받았을 때 : 항암약물치료비 (단, 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 각각에 대하여 1회에 한함)

제18조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 암(상피내암, 경계성종양, 기타피부암 제외)으로 진단이 확정되었을 때 또는 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애등급분류표(별표5 참조) 중 제1급 내지 제3급의 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 만기환급형의 경우 제1항에 의하여 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료된 경우에는 보험기간 만료시까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제17조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 만기축하금을 수익자에게 지급합니다.
- ③ 피보험자가 책임개시일(암의 경우에는 암보장책임개시일) 이후에 사망하고 그 후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제17조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 암진단비를 추가로 지급합니다. 단, 암보장책임개시일 전일 이전에 암으로 진단 확정된 경우에는 제외합니다.
- ④ 제1항의 경우 장애상태의 등급이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애상태의 등급으로 결정합니다.
- ⑤ 제4항에 의해서 장애상태의 등급이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애상태를 결정합니다.

제19조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금 또는 책임준비금을 지급하지 아니하거나 보험료의 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
그러나, 피보험자가 정신질환상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
 2. 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ② 제1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
 1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

제20조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

회사는 피보험자가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제17조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제4호의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 드립니다.

제21조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제22조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제23조 【소멸시효】

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 책임준비금 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제24조 【계약전 알릴의무】

계약자 또는 피보험자는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 그러나, 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제25조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제24조(계약전 알릴의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한 할 수 있습니다. 그러나, 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월이상 지났거나 또는 책임개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료 (건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 “모집인 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴의무사항을 임의로 기재한 경우

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 담보 제외, 보험금삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한 할 경우에는 계약전 알릴의무 위반 사실 뿐만 아니라 계약전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리 결과를 “반증이 있는 경우 이익을 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서

면으로 알려드립니다.

④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제24조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제26조 【계약취소권의 행사제한】

회사는 책임개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니 합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기 의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제27조 【주소변경 통지】

① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제28조 【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 수익자를 지정하지 아니한 때에는 수익자를 제17조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제2호 내지 제4호의 경우는 피보험자로 하며, 피보험자의 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제29조 【대표자의 지정】

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

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

③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제30조 【보험금 지급사유의 발생통지】

수익자는 제17조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제31조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는

보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 장해진단서, 암진단서, 기타피부암진단서, 상피내암진단서, 경계성종양진단서 등)
3. 보험증권
4. 신분증(주민등록증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제32조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제31조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금, 책임준비금 또는 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10일 이내에 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제25조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사 요청에 동의하여야 합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 피보험자는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 피보험자가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하기로 합니다. 그러나 피보험자의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는, 피보험자와 회사가 동의하여 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “회사가 지정한 의사” 및 “제3의 의사”는 의료보험법에서 정하는 제3차 진료기관 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

④ 제1항 내지 제3항에서 규정한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 피보험자나 수익자가 정당한 사유없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금 또는 책임준비금의 지급 또는 보험료의 납입면제를 유예할 수 있습니다.

⑤ 회사는 제17조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 해당하는 만기축하금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 수익자에게 알려드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7(보험금 지급시의 부리이율 계산)과 같습니다.

다만, 제4항에 의하여 계약자, 피보험자 또는 수익자가 회사의 조사, 확인 또는 진단요청을 받은 날부터 그에 대한 동의를 정당한 사유없이 지체한 기간에 대하여는 이자를 부리하지 않습니다.

⑥ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자 또는 수익자에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해등급의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급 할 수 있습니다.

⑦ 이 약관에 의한 책임준비금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산합니다.

제33조 【계약내용의 교환】

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제23조(개인신용정보의 제공.활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공.활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제34조 【약관대출】

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “약관대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 의한 약관대출금과 약관대출 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 책임준비금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금과 상계할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되고 약관대출 원리금이 해약환급금을 초과하는 경우에는 그 초과된 날에 해약환급금과 상계할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제35조 【분쟁의 조정】

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

제36조 【관할법원】

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

제37조 【약관의 해석】

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제38조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

모집인 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함) 제작의 보험안내자료(계약의 청약에 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제39조 【회사의 손해배상책임】

회사는 계약과 관련하여 임·직원, 모집인 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여 관계법규등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제40조 【준거법】

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제41조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 보험계약가입금액 2,500만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
만기축하금 (약관 제17 조 제1호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 보험료의 100% (만기환급형에 한함)
암진단비 (약관 제17 조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회의 암진단확정에 한함)	5,000만원 (단, 계약체결후 2년 이내 암으로 인한 암진단비의 지급사유가 발생하였을 때 : 2,500만원)
	피보험자가 보험기간 중 최초의 기타피부암, 상피내암, 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 (단, 각각 1회의 진단확정에 한함)	500만원 (단, 계약체결후 2년 이내 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인한 암진단비의 지급사유가 발생하였을 때 : 250만원)
방사선 치료비 (약관 제17 조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 방사선치료를 받았을 때 (단, 1회에 한함)	100만원
	피보험자가 보험기간 중 최초의 기타피부암, 상피내암, 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 방사선치료를 받았을 때 (단, 각각 1회에 한함)	20만원
항암약물 치료비 (약관 제17 조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 항암약물치료를 받았을 때 (단, 1회에 한함)	100만원
	피보험자가 보험기간 중 최초로 기타피부암, 상피내암, 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 항암약물치료를 받았을 때 (단, 각각 1회에 한함)	20만원

- 주)1. 이 계약의 암보장책임개시일은 계약일(부활일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
2. 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
3. 피보험자가 보험료 납입기간 중 암(상피내암, 경계성종양, 기타피부암 제외)으로 진단이 확정되었을 때 또는 장애등급분류표 중 제1급 내지 제3급의 장애상태가 되었을 때에는 차회이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
4. 약관 제14조(“암” 등의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암으로 보험금 지급사유가 발생시 기타피부암에 해당하는 급여금을 지급하고 암에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.

(별 표 2)

대상이 되는 악성신생물분류표 (기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

- 주)1. 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류 표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
 2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기분류표에서 제외됩니다.
 3. 전암병소, 심장, 수막, 뇌-중추신경계 양성신생물(D15.1, D32, D33)은 악성신생물로 분류되지 않으므로 보장되지 않습니다.

(별 표 3)

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 상피내 암종	D09

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 4)

행동양식불명 또는 미상의 신생물분류표

약관에 규정하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 진성 적혈구 증다증	D45
10. 골수 형성 이상 증후군	D46
12. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47
13. 기타 및 상세 불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D48

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 5)

장애등급분류표

등급	신 체 장 해
제1급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두 눈의 시력을 완전 영구히 잃었을 때 2. 말 또는 씹어먹는 기능을 완전 영구히 잃었을 때 3. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때 4. 흉·복부 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때 5. 두 팔의 손목이상을 잃었거나 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 두 다리의 발목이상을 잃었거나 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 7. 한 팔의 손목이상을 잃고, 한 다리의 발목이상을 잃었을 때 8. 한 팔의 손목이상을 잃고, 한 다리를 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 9. 한 다리의 발목이상을 잃고, 한 팔을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때
제2급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 수시 간호를 받아야 할 때 2. 흉·복부 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 수시 간호를 받아야 할 때 3. 한 팔 및 한 다리를 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 4. 10손가락을 잃었거나 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 5. 한 팔 또는 한 다리중에서 제3급의 2 내지 7종의 신체장애가 생기고 다른 한 팔 또는 한 다리 중에서 제3급의 2 내지 7종 또는 제4급의 5 내지 11종에서 신체장애가 발생되었을 때 6. 두 귀의 청력을 완전 영구히 잃었을 때
제3급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈의 시력을 영구히 잃었을 때 2. 한 팔의 손목이상을 잃었을 때 3. 한 팔 또는 한 팔의 3대관절 중 2관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 4. 한 다리의 발목이상을 잃었을 때 5. 한 다리 또는 한 다리의 3대관절 중 2관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 한 손의 5손가락을 잃었을 때 7. 한 손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 포함하여 4손가락을 잃었을 때 8. 10발가락을 잃었을 때 9. 척추에 고도의 기형 또는 고도의 운동장애를 영구히 남겼을 때 (추간판탈출증은 제외) 10. 한팔 또는 한 다리중 제4급의 5 또는 6의 신체장애가 있고 다른 한 팔 또는 한 다리 중 제4급의 5 또는 6의 신체장애가 발생하였을 때
제4급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두 눈의 시력에 각각 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 2. 말 또는 씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 3. 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생 일상생활 기본동작에 제한을 받게 되었을 때 4. 흉·복부 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생 일상생활 기본동작에 제한을 받게 되었거나, 양쪽 고환을 잃었을 때 5. 한 팔의 3대관절중 1관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 한 다리의 3대관절중 1관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 7. 한 다리가 영구히 5cm이상 단축되었을 때 8. 한 손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 잃었을 때 9. 한 손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 중 적어도 1손가락을 포함하여 3손가락 이상을 잃었을 때 10. 한 손의 5손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때

등급	신 체 장 해
제4급	<ol style="list-style-type: none"> 11. 한 손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 포함하여 3손가락 이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 12. 발가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 13. 한 발의 5발가락을 잃었을 때 14. 한 귀의 청력을 영구히 잃고 다른 귀의 청력에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 15. 척추에 중도의 기형 또는 중도의 운동장애를 영구히 남겼을 때 (추간판탈출증은 제외) 16. 고도의 추간판탈출증
제5급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 비장 또는 한쪽의 신장을 상실한 자 2. 한 팔의 3대관절중 2관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 3. 한 다리의 3대관절중 2관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 4. 한 손의 첫째손가락 또는 둘째손가락을 잃었을 때 5. 한 손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 중 1손가락을 포함하여 2손가락을 잃었을 때 6. 한 손의 첫째손가락 및 둘째손가락 이외의 3 손가락을 잃었을 때 7. 한 손의 첫째손가락 및 둘째손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 8. 한 손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 중 1손가락을 포함하여 3손가락 이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 9. 한 발의 5발가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 10. 한 발의 첫째 발가락을 포함하여 2발가락 내지 4발가락을 잃었을 때 11. 두 귀의 청력에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 12. 한 귀의 청력을 완전 영구히 잃었을 때 13. 코가 결손되거나 또는 그 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 14. 척추에 경도의 기형 또는 경도의 운동장애를 영구히 남겼을 때 (추간판탈출증은 제외) 15. 두부 및 안면부에 현저한 추상을 남겼을 때 16. 중도의 추간판탈출증
제6급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈의 시력에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 2. 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 3. 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때 4. 한 다리가 영구히 3cm이상 5cm미만 단축되었을 때 5. 한 손의 첫째손가락 또는 둘째손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 6. 한 손의 첫째손가락 또는 둘째손가락을 포함 하여 2손가락을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 7. 한 손의 첫째손가락 및 둘째손가락 이외의 2 손가락 이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 8. 한 손의 첫째손가락 또는 둘째손가락 이외의 1손가락 또는 2손가락을 잃었을 때 9. 한 발의 첫째발가락 또는 다른 4발가락을 잃었을 때 10. 한 발의 첫째발가락을 포함하여 3발가락 이상을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때 11. 한 귀의 청력에 뚜렷한 장애를 남겼을 때 12. 두부 및 안면부에 추상을 남겼을 때 13. 성기능에 영구적으로 장애가 남았을 때 14. 경도의 추간판탈출증

장애등급분류해설

1. 장애의 정의 및 평가기준

가. 장애의 정의

장애란 재해로 인한 상해 또는 질병에 대하여 충분한 치료를 하였으나 완전히 회복되지 않고 증상이 고정되어 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말함

나. 평가기준

- 장애의 평가시 하나의 장애가 두 개 이상의 등급분류에 해당되는 경우에는 그 중 상위 등급을 적용한다.
- 신체의 제관절 운동의 정상 각도는 미국의사협회(A.M.A.)의 영구적 신체장애평가지침 제4판에서 규정하는 기준을 따르며, 측정방법 또한 이에 따르도록 한다. 다만, 계약자 선택에 따라 그 외의 A.M.A.지침에 의한 장애진단 내용도 인정될 수 있다.

2. “일상생활 기본동작의 제한”

생명유지를 위한 일상생활의 기본동작 중 하나 이상에 제한은 있으나 타인의 수발이나 보조장구(휠체어, 목발 등)가 필요치 않은 상태를 말한다.

일상생활의 기본동작

- (1) 이동동작
- (2) 음식물 섭취동작
- (3) 옷 입고 벗기 동작
- (4) 배변, 배뇨 또는 그 뒷처리
- (5) 목욕

3. “항상 간호”

생명유지를 위한 일상생활의 기본동작 중 (1)의 이동동작제한을 포함하고, (2) 내지 (5)의 항목중 2개 이상이 제한되거나, 치매 또는 정신질환등으로 인하여 항상 타인의 수발에 전적으로 의존해야 하는 경우를 말하며, (1)의 이동동작 제한 정도는 침상을 벗어나질 못하는 정도를 말한다.

4. “수시 간호”

- 1) 생명유지를 위한 일상생활의 기본적인 동작 중 (1)의 이동동작의 제한을 포함하고, (2) 내지 (5)의 항목 중 1개 이상이 제한되거나, 치매 또는 정신질환등으로 수시로 타인의 수발이 반드시 필요한 경우를 말하며, (1)의 이동동작 제한 정도는 침상을 벗어나는 이동시 타인의 수발이나 보조수단(휠체어 등)이 반드시 필요한 정도를 말한다.
- 2) 심장, 신장 또는 간장의 장기이식을 한 경우 또는 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생도록 받아야 할 때

5. “시력을 잃은 것”

국제식 시력검사표에 의하여 한 눈의 교정시력이 0.02이하로 되어 망막 또는 시신경손상이 증명되고 회복되지 않는 경우를 말한다. 단, 시력장애가 아닌 시야장애, 안구운동장애 등의 눈의 장애는 제외한다.

6. “시력의 뚜렷한 장애”

국제식 시력검사표에 의하여 한 눈의 교정시력이 0.06이하로 되어 망막 또는 시신경손상이 증명되고 회복되지 않는 경우를 말한다. 시야장애, 굴절장애, 안구운동장애, 조절장애, 복시 등은 이에 준

하여 평가한다.

7. “말 또는 씹어먹는 기능을 잃은 것”

가. “말의 기능을 완전 영구히 잃은 것” 이란 다음의 경우를 말한다.

- 1) 말과 소리내는 기능 장애로서 구순음 (ㅁ,ㅂ,ㅍ), 치설음 (ㄴ,ㄷ,ㄹ), 구개음 (ㅈ,ㅊ), 후두음 (ㅇ, ㅎ) 중 3종류 이상의 발음이 불가능하고 그 회복이 되지 않는 경우
- 2) 뇌언어중추의 손상으로 인한 실어증으로서 음성언어에 의한 의사소통이 불가능하고 그 회복이 되지 않는 경우
- 3) 성대 전부를 떼어 냄으로써 발음이 불가능한 경우

나. “씹어먹는 기능을 완전 영구히 잃은 것”

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

8. “말 또는 씹어먹는 기능의 뚜렷한 장애”

가. “말의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남긴 것”

말과 소리를 내는 기능의 장애로서 구순음, 치설음, 구개음, 후두음 중 2종류 이상의 발음이 불가능하고 그 회복이 되지 않은 경우를 말한다.

나. “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남긴 것”

죽 또는 이에 준하는 음식 이외의 것은 섭취할 수 없는 상태로서 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

9. “청력을 완전 영구히 잃은 것”

주파수 500, 1,000, 2,000, 4,000 헬스의 경우에 청력 상실의 정도를 각각 a,b,c,d 데시벨(청력검사단위)로 했을 때 $1/6(a+2b+2c+d)$ 의 값이 80데시벨(청력검사단위) 이상 (귓전에 접하여도 큰 소리를 듣지 못하는 것)으로서 회복이 불가능한 경우를 말한다.

10. “청력의 뚜렷한 장애”

위의 방법에 따른 값이 60데시벨(청력검사단위)이상(40cm이상의 거리에서 보통의 말소리를 해독하지 못 하는 것)으로서 회복이 불가능한 경우를 말한다.

11. “코의 결손과 뚜렷한 장애”

코뼈가 결손되거나 후각 기능을 잃고 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

12. “팔다리를 완전 영구히 사용하지 못하는 것”

팔다리의 운동기능을 완전히 잃은 것을 말하며, 팔다리의 완전 운동마비 또는 팔다리 각각의 3대관절(팔은 어깨관절·팔꿈치관절·손목, 다리는 골반관절·무릎·발목)의 완전강직으로 그 회복이 불가능한 경우를 말한다. 관절을 영구히 쓸 수 없는 경우 (인공관절 포함)에도 이에 준한다.

13. “팔다리 관절의 뚜렷한 장애”

팔다리 각각의 3대관절의 운동방향이 AMA의 영구적 신체장애 평가지침에서 명시한 주운동방향을 기준으로하여 1/2이하로 제한되거나, 한 관절의 동종류별 정상운동범위에 대한 장애후 운동범위의 값에 비례치를 곱하여 산출한 각 값의 합(Σ 운동종류별 장애후 운동범위, 운동종류별 정상 운동범위 \times 비례치)이 1/2이하로 제한된 경우와 고정장구의 장착을 수시로 필요로하는 정도의 동요관절의 경우를 말한다.

14. “척추의 뚜렷한 기형 또는 운동장애”

피보험자의 척추의 기형 정도와 운동가능 영역을 정상인의 운동영역과 비교하여 아래 해당 여부를 판단한다.

가. “척추의 고도의 기형”

엑스선 사진에 명백한 척추의 골절등으로 인하여 35°이상의 후만증 또는 20°이상의 측만(側灣)변형이 있는 자를 말한다.

나. “척추의 중도의 기형”

엑스선 사진에 척추의 골절등으로 인하여 15°이상의 후만증 또는 10°이상의 측만(側灣)변형이 있는 자, 압박골절이 추체높이 50%이상인 자 또는 척추에 엑스선상 불안정성이 확실한 자를 말한다.

다. “척추의 경도의 기형”

엑스선 사진에 척추의 골절등으로 인하여 나체상태에서 후만증 또는 측만변형이 있는 자를 말한다.

라. “척추의 고도의 운동장애”

경추, 흉추 또는 요추 중 어느 한 척추에 대해서 둘 이상의 운동종류가 각각 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한되는 경우를 말한다. 이 때 둘 이상의 운동종류의 범위는 AMA의 영구적 신체장애 평가지침의 각 척추 운동의 종류에 따른 범위를 말한다.

마. “척추의 중도의 운동장애”

경추, 흉추 또는 요추 중 어느 한 척추에 대해서 둘 이상의 운동종류가 각각 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 때 둘 이상의 운동종류의 범위는 AMA의 영구적 신체장애 평가지침의 각 척추 운동의 종류에 따른 범위를 말한다.

바. “척추의 경도의 운동장애”

경추, 흉추 또는 요추 중 어느 한 척추에 대해서 둘 이상의 운동종류가 각각 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 때 둘 이상의 운동종류의 범위는 AMA의 영구적 신체장애 평가지침의 각 척추 운동의 종류에 따른 범위를 말한다.

15. “손가락의 장애”

가. “손가락을 잃은 것”

첫째손가락은 지절관관절(끝에서 첫째마디), 기타의 손가락은 근위지절관관절 (끝에서 둘째마디)이 상을 잃은 것을 말한다.

나. “손가락을 완전 영구히 사용하지 못하는 것”

- (1) 첫째 손가락의 경우 지절관관절(끝에서 첫째 마디)하방의 1/2이상을 잃거나 또는 지절관관절 또는 중수지절관절이 생리적 운동영역의 1/2이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.
- (2) 기타 손가락의 경우 원위지절관관절(끝에서 첫째 마디)이상을 잃거나 또는 중수지절관절(끝에서 마지막 마디) 또는 근위지절관관절(끝에서 둘째 마디)이 생리적 운동영역의 1/2이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

16. “발가락의 장애”

가. “발가락을 잃은 것”

발가락 전부(첫째 발가락의 경우 말절골 이상)를 잃은 것을 말한다.

나. “발가락을 완전 영구히 사용하지 못하는 것”

- (1) 첫째 발가락의 경우 지절간관절(끝에서 첫째 마디)하방의 1/2이상을 잃거나 또는 지절간관절 또는 중족지절관절(끝에서 마지막 마디)이 생리적 운동영역의 1/2이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.
- (2) 기타 발가락의 경우 원위지절간관절(끝에서 첫째 마디)이상을 잃거나 또는 중족지절관절(끝에서 마지막 마디) 또는 근위지절간관절(끝에서 둘째 마디)이 생리적 운동영역의 1/2이하로 제한되어 그 회복이 불가능한 경우를 말한다.

17. 두부 및 안면부의 추상

가. 현저한 추상

두부 또는 안면부에 최대 길이 10cm이상 또는 직경 5cm이상의 추상반흔 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 반흔이나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우

나. 추상

두부 또는 안면부에 최대 길이 5cm이상 10cm미만 또는 직경 2cm이상 5cm미만의 추상반흔 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 반흔이나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우

18. 성기능의 영구적 장애

음경의 결손, 반흔 또는 경결 등으로 음위(발기부전)가 있거나 반흔으로 인한 질구협착 등으로 성교 불능인 경우를 말한다.

19. 추간판탈출증

추간판탈출증, 팽윤, 파열 등은 의학적 임상증상과 특수검사(CT, MRI, 근전도 등) 소견이 일치하는 경우 그 증상을 인정하며, 수술여부에 관계없이 운동장애는 인정하지 아니하고, 후유증상의 정도에 따라 다음과 같이 구분한다.

가. “고도의 추간판탈출증”

2개이상의 추체간에 추간판탈출증에 대한 수술을 하거나 하나의 추간판이라도 재수술을 하여 후유증상이 뚜렷한 경우

나. “중도의 추간판탈출증”

- 근위축 또는 근력약화와 같은 임상소견이 뚜렷하고, 특수보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전마비가 인정되는 경우
- 신경마비로 인하여 사지에 경도의 단마비가 있을 경우, 이 경우 복합된 척추신경근의 완전마비가 있는 경우에는 신경계통의 기능장애정도에 따라 등급을 결정한다.

다. “경도의 추간판탈출증”

- 감각이상·요통·방사통 등의 자각증세가 있고 하지직거상 검사에 의한 양성소견이 있는 경우

20. 신체의 동일 부위

- 가. 한 팔에 대하여는 어깨관절이하(손가락, 손목이하, 팔꿈치이하, 어깨이하)를 모두 동일부위라 한다.
- 나. 한 다리에 대하여는 골반관절이하(발가락, 발목이하, 무릎이하, 골반이하)를 모두 동일 부위라 한다.
- 다. 눈 또는 귀의 장애에 대하여는 두 눈 또는 두 귀를 각각 동일부위라 한다.

- 라. 척추에 대하여는 목뼈이하를 모두 동일부위라 한다.
- 마. 장애등급분류표중 제1급의 5,6,7,8,9, 제2급의 3,4,5, 제3급의 8 또는 제4급의 12의 장애에 해당하는 경우는 두 팔, 두 다리, 한 팔과 한 다리, 10손가락 또는 발가락을 각각 동일부위라 한다.

21. “영구히”

“영구히”란 다음의 경우를 말한다.

- 가. 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우
- 나. 장래에 일정기간 경과후 호전가능성의 유무를 확정할 수 없을 경우
- 다. 장애의 호전가능성이 있다하여도 장애확정시점까지는 상당한 기간이 소요되는 경우

(별 표 6)

재해분류표

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

* 이 분류는 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1시행) 중 “질병이환 및 사망의 외인”에 의한 것임.

분 류 항 목	분류번호
1. 운수사고에서 다친 보행자	V01~V09
2. 운수사고에서 다친 자전거 탑승자	V10~V19
3. 운수사고에서 다친 모터사이클 탑승자	V20~V29
4. 운수사고에서 다친 삼륜자동차량의 탑승자	V30~V39
5. 운수사고에서 다친 승용차 탑승자	V40~V49
6. 운수사고에서 다친 픽업 트럭 또는 밴의 탑승자	V50~V59
7. 운수사고에서 다친 대형화물차의 탑승자	V60~V69
8. 운수사고에서 다친 버스 탑승자	V70~V79
9. 기타 육상운수 사고	V80~V89
10. 수상 운수사고	V90~V94
11. 항공 및 우주 운수사고	V95~V97
12. 기타 및 상세불명의 운수사고	V98~V99
13. 추락	W00~W19
14. 무생물성 기계적 힘에 노출	W20~W49
15. 생물성 기계적 힘에 노출	W50~W64
16. 불의의 물에 빠짐	W65~W74
17. 기타 불의의 호흡 위험	W75~W84
18. 전류, 방사선 및 극순환 기온 및 압력에 노출	W85~W99
19. 연기, 불 및 불꽃에 노출	X00~X09
20. 열 및 가열된 물질과의 접촉	X10~X19
21. 유독성 동물 및 식물과 접촉	X20~X29
22. 자연의 힘에 노출	X30~X39
23. 유독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출	X40~X49
24. 기타 및 상세불명의 인자에 불의의 노출	X58~X59
25. 가해	X85~Y09
26. 의도 미확인 사건	Y10~Y34
27. 법적개입 및 전쟁행위	Y35~Y36
28. 치료시 부작용을 일으키는 약물, 약제 및 생물학 물질	Y40~Y59
29. 외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난	Y60~Y69
30. 진단 및 치료에 이용되는 의료장치에 의한 부작용	Y70~Y82
31. 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치	Y83~Y84
32. 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병	

※ 다음 사항은 재해관련급부 지급대상에서 제외됩니다.

- ① “약물 및 의약품에 의한 불의의 중독” 중 외용약 또는 약물접촉에 의한 알레르기 피부염(L23.3)
- ② “기타 고체 및 액체물질, 가스 및 증기에 의한 불의의 중독” 중 한국표준질병사인분류 상 A00~R99에 분류가 가능한 것
- ③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고
- ④ “자연 및 환경요인에 의한 불의의 사고” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “익수, 질식 및 이물에 의한 불의의 사고” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ “기타 불의의 사고” 중 과로 및 격렬한 운동으로 인한 사고
- ⑦ “법적 개입” 중 처형(Y35.5)

(별 표 7)

보험금 지급시의 부리이율 계산 (제32조 제6항 관련)

구 분	부 리 기 간		부 리 이 율
암진단비, 방사선치료비, 항암약물치료비 (제17조 제2호 내지 제4호)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		약관대출이율
만기축하금 (제17조 제1호)	회사가 보험금의 지급시기 7일이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 7일이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		약관대출이율
해약환급금 (제21조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간		1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간		약관대출이율

- 주)1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제23조)가 완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 부리하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 계약의 소멸(제7조)에 의해 사망 당시의 책임준비금을 지급하는 경우에는 지급기일의 다음날부터 지급하는 경우에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지 기간에 대하여 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

무배당 하나로충분한 암치료특약

이 특약은 계약자의 선택에 의하여
해당보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

무배당 하나로충분한 암치료특약 보통약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우, 제2조(피보험자의 범위)에서 정하는 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제2조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(이하 “피보험자”라 합니다)로 합니다.

제3조 【특약의 책임개시일】

- ① 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다.
- ② 제1항의 경우에도 불구하고 제11조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 책임개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날(이하 “암보장책임개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 책임을 집니다.

제4조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제14조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제14조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제6조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간 및 납입기간은 주계약과 동일합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 【특약보험료의 납입】

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

제8조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이경우에도 주계약에 정한 납입최고기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제14조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활】

- ① 회사는 이 특약의 부활(復活) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에만하여 주계약 약관의 부활 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활하는 경우의 책임개시일은 제3조(특약의 책임개시일)의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【“암” 등의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암” 등이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.
 1. “암”이라 함은 악성신생물(이하 “암”이라 합니다.)로 분류되는 질병(별표2 “대상이 되는 악성신생물 분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 암에서 제외합니다.
 2. “기타피부암”이라 함은 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. “상피내암”이라 함은 별표3(“상피내의 신생물분류표”)에서 정하는 질병을 말합니다.
 4. “경계성종양”이라 함은 별표4(“행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표”)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양에 대한 임상학적 진단이 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료가 필요하

다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조 【보험금의 종류 및 지급사유】

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

1. 피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 또는 피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 : 암수술비
2. 피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일이상 입원하였을 때 또는 피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일이상 입원하였을 때 : 암입원비

제13조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 제12조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 암입원비 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

③ 제12조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고서 각 입원일수를 합산하고 제2항의 규정을 적용합니다.

그러나, 동일한 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 암입원비의 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 제12조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 암입원비 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 암입원비를 지급합니다.

⑤ 제12조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제14조 【해약환급금】

① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제15조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야

합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양의 수술확인서, 입원증명서 등)
 3. 보험증권
 4. 신분증(주민등록증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 【보험금등의 지급】

- ① 회사는 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표5 “보험금 지급시의 부리이율 계산”>과 같습니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자 또는 수익자에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해등급의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제5관 기타사항

제17조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암수술비	피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 때	수술 1회당 200만원
	피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때	수술 1회당 40만원
암입원비	피보험자가 보험기간 중 암보장책임개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 4일이상 입원하였을 때	3일초과 1일당 10만원
	피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일이상 입원하였을 때	3일초과 1일당 2만원

- 주)1. 이 특약의 암보장 책임개시일은 계약일(부활일)로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
2. 암입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
3. 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

(별 표 2) 대상이 되는 악성신생물분류표 (기타피부암 제외)

주보험의 (별표2) “대상이 되는 악성신생물분류표 (기타피부암 제외)” 와 동일

(별 표 3) 상피내의 신생물분류표

주보험의 (별표3) “상피내의 신생물분류표” 와 동일

(별 표 4) 행동양식불명 또는 미상의 신생물분류표

주보험의 (별표4) “행동양식불명 또는 미상의 신생물분류표” 와 동일

(별 표 5) 보험금 지급시의 부리이율 계산 (제16조 제2항 관련)

구 분	부 리 기 간	부 리 이 율
암수술비, 암입원비 (제12조)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	약관대출이율
해약환급금 (제14조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	약관대출이율

- 주)1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약의 소멸시효가 완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 부리하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 하나로충분한 특정성인병진단특약

이 특약은 계약자의 선택에 의하여
해당보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

무배당 하나로충분한 특정성인병진단특약 보통약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우, 제2조(피보험자의 범위)에서 정하는 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제2조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(이하 “피보험자”라 합니다)로 합니다.

제3조 【특약의 책임개시일】

이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다.

제4조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제14조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제14조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제6조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간 및 납입기간은 주계약과 동일합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 【특약보험료의 납입】

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

제8조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제14조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활】

- ① 회사는 이 특약의 부활(復活) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에만 하여 주계약 약관의 부활 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활하는 경우의 책임개시일은 제3조(특약의 책임개시일)의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 별표 2(뇌출혈 분류표)에서 정하는 질병을 말합니다. 단, 외상성 머리내 출혈, 혈관성 치매는 제외합니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출 단층술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적인 진단이 가능하지 않을 때에는 뇌출혈에 대한 임상학적 진단이 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표3(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적인 진단이 가능하지 않을 때에는 급성심근경색증에 대한 임상학적 진단이 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 최초로 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)에게 약정한 특정성인병진단비(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다. (각각 1회에 한함)

제13조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때 또는 피보험자가 보험료 납입기간 중 최초로 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 사망하여 그 후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 하여 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)의 특정성인병진단비를 지급합니다. 다만, 책임개시일의 전일 이전에 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.

제14조 【해약환급금】

- ① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제15조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(뇌출혈 및 급성심근경색증 진단서 등)
 - 3. 보험증권
 - 4. 신분증(주민등록증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 - 5. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표4 “보험금 지급시의 부리이율 계산”>과 같습니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자 또는 수익자에게 서면으로 통지하여 드리며, 장애등급의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제5관 기타사항

제17조 【주계약 약관의 준용】

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

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

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
특정성인병 진단비	피보험자가 보험기간 중 최초로 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되 었을 때 (단, 각각 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원 (단, 계약체결후 2년이내에 뇌 출혈 또는 급성심근경색증으로 인한 특정성인병진단비의 지급 사유가 발생하였을 때 : 500만 원)

주) 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때 또는 피보험자가 보험료 납입기간 중 최초로 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별 표 2)

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 “뇌출혈”은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 3)

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 “급성심근경색증”은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제 2002-1호, 2003. 1. 1시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 4)

보험금 지급시의 부리이율 계산 (제16조 제2항 관련)

구 분	부 리 기 간	부 리 이 율
특정성인병 진단비 (제12조)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	약관대출이율
해약환급금 (제14조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날 부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급일까지 의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까 지의 기간	약관대출이율

- 주)1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약의 소멸시효가 완성된 이후에
는 더 이상 지급이자를 부리하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한
이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.