무배당 간편종합병원입원특약(갱신형)

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다

MetLife

함께 찾아가는 인생

20231205 / AAAA76

무배당 간편종합병원입원특약 (갱신형) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 목적

① 이 특약은 보험계약자 (이하 “계약자” 라 합니다) 와 보험회사 (이하 “회사” 라 합니다) 사이에 제4조 (보험금의 지급사유) 에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약” 이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 용어의 정의

① 이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

(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) 진단계약
계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
(5) 피보험자
보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어
(1) 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
(1) 연단위 복리
회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

연단위 복리 계산

이자는 계산법에 따라 단리와 복리로 나눕니다. 단리는 원금에 대해서만 이자를 계산하는 방법이고, 복리는(원금 + 이자)에 대하여 이자를 계산하는 방법입니다. 연단위 복리는 복리를 연단위로 계산하는 방법입니다.

예시) 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용 시 2년 후 원리금
연단위 복리 계산법 : 100원(원금) + 100원 × 10%(1년차 이자) + [100원 + 100원 × 10%] × 10%(2년차 이자) = 총 121원

(2) 평균공시이율

전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약의 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신시점)의 평균공시이율을 말합니다. 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

(3) 해약환급금

계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

(1) 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

(2) 영업일

회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

관공서의 공휴일에 관한 규정

제2조(공휴일) 관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. (삭제)
6. 부처님오신날(음력 4월 8일)
7. 5월 5일(어린이날)
8. 6월 6일(현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일 , 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)

10 의 2. “공직선거법” 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
1. 제2조제2호 · 제6호 · 제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호 · 제4호 · 제6호 · 제7호 · 제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일 · 일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

(향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다)

(3) 납입기간

계약자가 이 보험 계약을 체결할 당시에 보험료를 납입하기로 약정한

기간으로 계약일로부터 해당 납입기간이 경과한 날의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 상기 납입기간은 계약자가 보험료를 실제로 납입한 기간과 다를 수 있습니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

(1) 최초계약

회사와 계약자 사이에 계약이 처음으로 성립되는 경우를 “최초계약” 이라 합니다.

(2) 갱신계약

이 계약의 보험기간 만료 후 제15조(특약의 갱신)에 의하여 갱신되는 경우를 “갱신계약” 이라 합니다.

(3) 갱신일

특약이 갱신되기 직전 계약 (이하 “갱신 전 계약” 이라 합니다) 의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

제 2 관 보험금 등의 지급

제3조 입원의 정의와 장소

① 이 특약에 있어서 “입원” 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 “의사” 라 합니다) 가 피보험자의 질병 또는 재해 (별표 4(질병

및 재해분류표))의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 (의료기관) 에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조의2 “종합병원”의 정의

① 이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

의료법 제3조3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

(향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다)

제3조의3 “상급종합병원”의 정의

① 이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료 과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것

3. 보건복지부령으로 정하는 인력 · 시설 · 장비 등을 갖출 것

4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준 에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정 · 재지정의 기준 · 절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다

제3조의4 법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경

① 제3조의2(“종합병원”의 정의)의 종합병원 및 제3조의3(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정 기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 “종합병원” 및 “상급종합병원” 제도가 폐지되는 경우

2. 법령의 개정에 따라 “종합병원” 및 “상급종합병원” 제도의 변경으로 제3조의2(“종합병원”의 정의)의 종합병원 및 제3조의3(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우

예시
종합병원 제도의 변경으로 종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원을 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15 일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등을

계약자에게 2 회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않는 경우 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 **보험료 및 해약환급금 산출방법서**(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서
보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

계약자적립액
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해놓은 금액을 말합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경일 전일까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날(이하 “효력소멸일”이라 합니다)의 15 일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2 회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

제4조 보험금의 지급사유

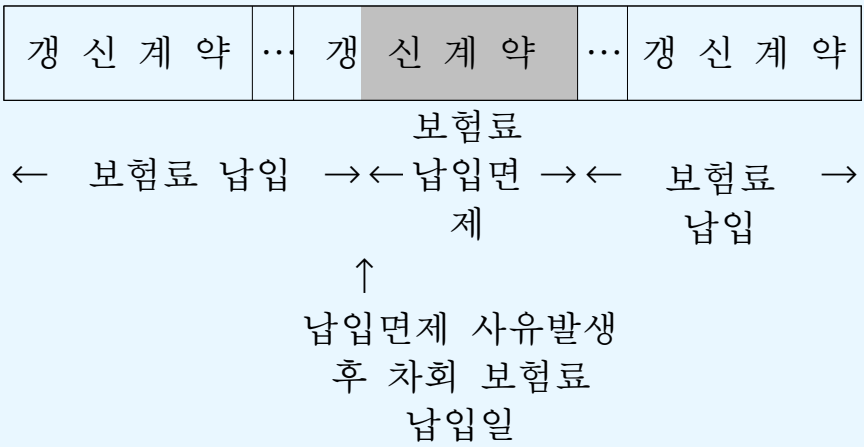
① 회사는 피보험자가 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 1 일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 종합병원 입원보험금 (별표 1 (보험금 지급기준표) 참조) 을 지급합니다.

제5조 보험금 등 지급에 관한 세부규정

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 의하여 보험료 납입이 면제된 경우라 하더라도, 제15조(특약의 갱신)에 따라 계약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

보험료 납입면제 예시



③ 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 질병 또는 재해로 인한 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

④ 종합병원 입원보험금의 지급일수는 1회 입원당

120 일을 최고 한도로 합니다.

보험금 지급 예시

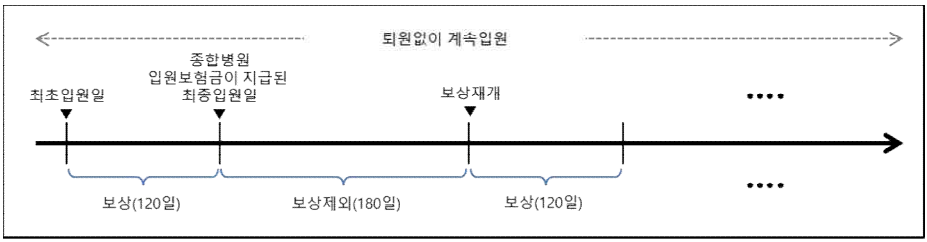
구분	상급종합병원 입원 시	종합병원 (상급종합병원 제외) 입원 시	병원 또는 의원 (상급종합병원 및 종합병원 제외) 입원 시
종합병원 입원보험금	지급	지급	해당없음

예시1) 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 1일 이상 계속하여 입원한 경우
→ 종합병원 입원보험금 지급(120일 한도)

예시2) 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 1일 이상 계속하여 입원한 경우
→ 종합병원 입원보험금 지급(120일 한도)

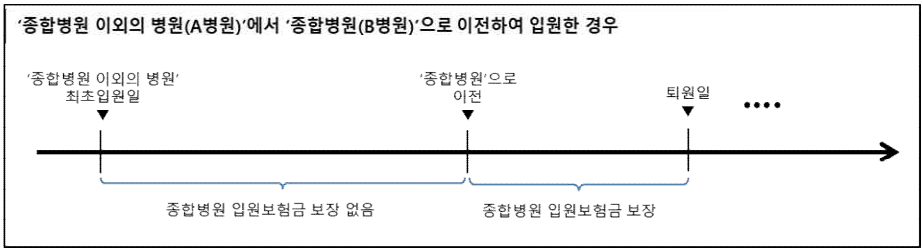
⑤ 피보험자가 동일 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2 회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제3항의 규정을 적용합니다.

⑥ 제3항에도 불구하고 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 종합병원 입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 종합병원 입원보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

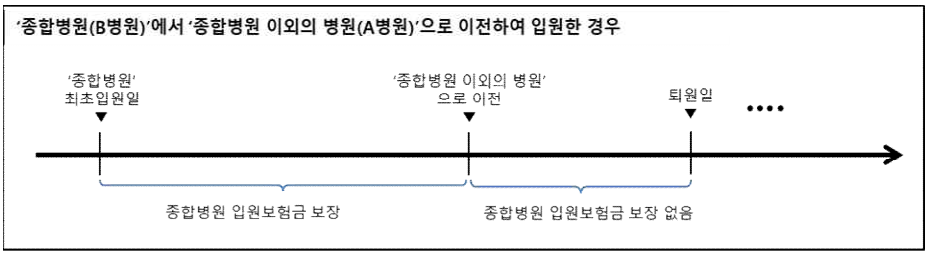


⑦ 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝난 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여 제3항의 규정에 따라 계속 종합병원 입원보험금을 지급합니다.

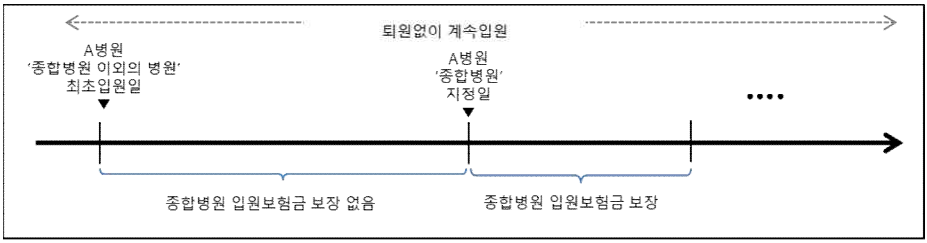
⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 의료기관에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 제3항 내지 제6항을 적용하여 제4조(보험금의 지급사유)의 종합병원 입원보험금을 이전하여 입원한 날을 포함하여 지급합니다.



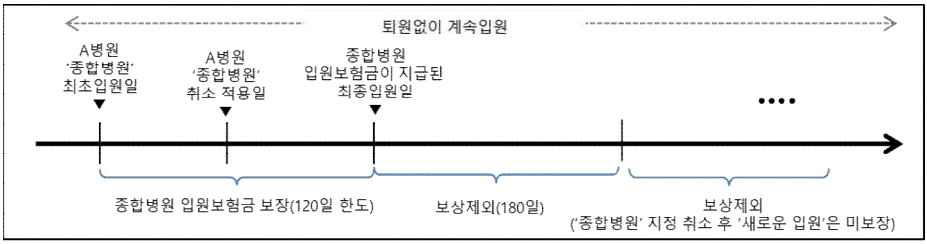
⑨ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에서 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원 이외의 의료기관'으로 이전하여 입원한 경우 제3항 내지 제6항을 적용하여 제4조(보험금의 지급사유)의 종합병원 입원보험금을 종합병원의 퇴원일까지 지급합니다.



⑩ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 1 일 이상 계속하여 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조의2("종합병원" 의 정의)에서 정의한 종합병원으로 지정된 경우 그 지정일부터 보험금 지급사유에 해당하는 경우에 한하여 그에 따른 종합병원 입원보험금을 지급합니다.



⑪ 피보험자가 종합병원에 1 일 이상 계속하여 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제3조의2(“종합병원” 의 정의)에서 정의한 종합병원 지정이 취소된 경우 제3항 내지 제6항 및 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 입원보험금을 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 지급하며, 제6항의 새로운 입원은 지급하지 않습니다.



⑫ 특약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 별표3(재해분류표) 에서 정하는 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일부터 2년 이내에 그 재해로 인하여 제4조(보험금의 지급사유) 의 사유가 발생한 때에는 회사가 보장을 합니다.

⑬ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 **제3자**를 정하고 그 제 3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 **의료법 제3조(의료기관)** 에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3자

어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 합니다.

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 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.

3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

(향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다)

⑮ 재해는 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해에 한하며, 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해가 아닌 경우에는 보험금 지급사유 중 해당 재해와 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조 보험금 등을 지급하지 않는 사유

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 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 해침으로써 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제5조(보험금 등 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

심신상실
정신병, 정신박약, 중대한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료의 납입면제를

청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 입원증명서 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제7조(보험금 등의 청구) 에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 이후 보험료의 납입을 면제해드리고, 납입면제 사유발생일 이후에 납입한 보험료를 지급하

여 드립니다. 다만, 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드리는 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 이후 보험료의 납입을 면제해드리고, 납입면제 사유 발생일 이후에 납입한 보험료를 지급하여 드립니다. 보험료 납입면제 청구일로부터 7영업일 이내에 납입면제가 되지 않을 경우에는 납입면제 지연을 보험수익자 또는 계약자에게 알려 드립니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 **보험금 가지급제도**에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. **분쟁조정신청** (금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는

사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제5조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급 제도

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우, 회사가 추정하는 보험금의 50%를 한도로 그 범위 내에서 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말합니다.

분쟁조정신청

분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회를 말합니다.

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이자율로 계산한 금액을 보험금 또는 계약자적립액에

더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제10조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 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 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

정당한 사유

사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의를 요청할 때 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조 계약 전 알릴 의무

① 계약자 또는 피보험자는 청약할 때 (진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 (이하 "**계약 전 알릴 의무**"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

계약 전 알릴 의무

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)에 따라 계약자나 피보험자는 청약 시에 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야할 의무가 있으며, 위반 시 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)

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

사례

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제10조 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제9조(계약 전 알릴 의무) 제1항에도 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 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료 (건강진단서 사본 등) 에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 (계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 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 피보험자에 게 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 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 **보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증**과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

보험가입금액 한도 제한
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을

제한하는 방법을 말합니다.

일부보장 제외(부담보)
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

보험금 삭감
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

보험료 할증
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 주계약 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법을 말합니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할

경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시) 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "**반대증거**가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다" 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 **「전자서명법」 제2조 제2호**에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

반대증거

소송법상 입증책임이 없는 당사자가 상대방에서 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

「전자서명법」 제2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적

으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

(향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다)

④ 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 **보험료**, **보험가입금액** 등이 조정될 수 있습니다.

보험료
보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액을 말합니다.

보험가입금액
보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.

⑤ 제9조(계약 전 알릴 의무) 제1항의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)) 에 따라 이 계약이 부활 (효력회복)된 경우에는 부활 (효력회복) 계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제11조 특약의 체결

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 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 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단계

약은 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 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 1 % 를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년) 이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단 (단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 “청약일로부터 5년이 지나는 동안” 이라 함은 이 특약 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 이 특약 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조 피보험자의 범위

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약이 2명 이상 (3명, 여러 명(多人)) 을 보장하는 보험인 경우에는 주계약의 피보험자 (주피보험자, 종피보험자 등) 중 1명을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

제13조 특약의 무효

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 **무효**로 하며 '이미 납입한 보험료'(계약자가 실제로 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외) 를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이

특약의 **보험계약대출이율**을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

무효

당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

보험계약대출이율의 공시

이 보험의 보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.metlife.co.kr)의 "공시실 → 보험상품공시 → 적용이율" 에서 공시합니다.

보험계약대출

보험기간 중에 계약자의 사정변경으로 보험료의 납입이 곤란하게 되거나, 일시적으로 금전이 필요하게 되는 등의 경우에 해약시 지급하여야 할 금액의 일정 범위내에서 계약자에게 대출을 하여 주고, 대출금과 대출이자를 상환하지 않을 경우에 회사가 지급하여야할 금액에서 이를 공제하고 지급하는 제도입니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제14조 특약내용의 변경 등

① 회사는 계약자가 이 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 **보험가입금액의 감액**하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 **해지**된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 특약의 보험가입금액이 감액되는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

보험가입금액의 감액
가입할 때 선택한 보험가입금액을 낮추는 것을 말합니다.

해지
계약을 종료시키는 것을 의미합니다. 이 경우, 계약은 종료시점부터 그 효력을 상실하며 부활이 가능하지 않습니다.

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

제15조 특약의 갱신

① 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 자동으로 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

② 이 특약의 최종갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간(다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간(보험기간이 추가되는 경우 해당 기간 제외)으로 하며, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다) 만료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약에 정한 납입최고(독촉) 기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 경우
3. 제17조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸한 경

우

④ 제1항에 따라 갱신된 계약에 대해서 갱신 전 계약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신 전 계약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고 갱신시점의 보험요율을 적용합니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내해 드립니다.

⑥ 제5항의 보험요율은 나이의 증가 및 보험료 산출에 관한 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑧ 계약자가 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우, 이 특약은 보험기간 만료일까지 효력을 가지게 됩니다.

⑨ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

⑩ 제4항에 따라 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 약관이 변경되어 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용하는 경우에 회사는 보험기간 만료일 15일 전까지 중요사항 변경내역, 갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑪ 제10항에 따라 회사는 계약자의 갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 갱신 의사가 확인되는 경우에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료됩니다.

⑫ 제10항에 따라 회사가 계약자의 갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신

90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

제16조 특약의 보험기간

① 이 특약의 보험기간은 10년 또는 20년 만기 갱신으로 합니다.

② 갱신계약의 보험기간은 5 년 만기 갱신으로 합니다. 다만, 갱신일로부터 제15조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.

제17조 특약의 소멸

① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우.
다만, 이 특약의 보험료의 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 (보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 효력이 있습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "**보험료 및 해약환급금 산출방법서**"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 **계약자적립액**을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서
보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

계약자적립액
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

③ 제1항 제2호 및 제2항의 "사망"에는 보험기간에 피보험자에게 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. **실종선고**를 받은 경우 : 법원에서 인정한 **실종기간**이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

실종선고
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한

것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

실종기간

실종기간은 보통실종의 경우에는 5년, 특별실종의 경우에는 1년이며 이에 대한 구분은 민법 제27조에 따릅니다.

민법 제27조(실종의 선고)

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

(향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다)

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제18조 특약의 보장개시

① 이 특약에 대한 회사의 **보장개시일**은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

보장개시일

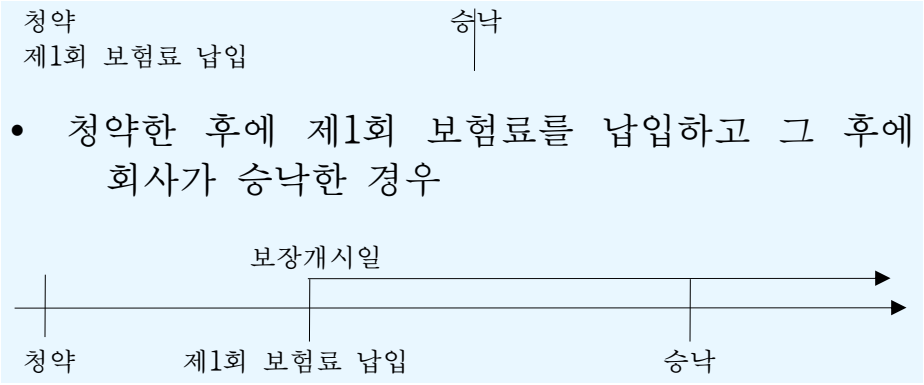
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

- 청약한 후에 회사가 승낙하고 그 이후에 제1회 보험료를 받은 경우



- 청약과 동시에 제1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우





- 청약한 후에 제1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제19조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 범위 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약

을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제20조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉) 기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 (보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 에는 특약은 해지되지 않습니다.

③ 계약자가 이 특약의 제 2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 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 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또

는 전자문서(문자메시지 포함) 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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것으로 확인되는 경우에는 제3항의 납입최고(독촉) 기간을 설정하여 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음 등) 로 다시 알려 드립니다.

⑤ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는

제23조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제21조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)

① 회사는 이 특약의 **부활(효력회복)** 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활 (효력회복) 을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다. 회사가 이 특약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

부활(효력회복)
계약의 효력이 상실된 후 다시 원 계약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 계약을 되살리는 것을 말합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(특약의 보장개시) 의 규정에 따릅니다.

④ 제1항에 따라 특약이 부활(효력회복) 된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 혹은 종전계약 청약시 제9조(계약 전 알릴 의무) 제1항의 “계약 전 알릴 의무”를 위반한 경우에는 제10조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 가 적용됩니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제22조의2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지 요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조 제3항, 제18조 제2항, 제19조 제1항 · 제3항, 제20조 제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락 여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 **정당한 사유** 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

정당한 사유

금융소비자 보호에 관한 법률 시행령
제38조(위법계약의 해지) 제4항에 따른 정당한 사유 범위에 해당하는 경우를 말합니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 시행령
제38조(위법계약의 해지)

① 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 금융상품”이란 금융소비자와 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자 간 계속적 거래가 이루어지는 금융상품 중 금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품을 말한다.

② 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 기간”이란 금융소비자가 계약 체결에 대한

위반사항을 안 날부터 1년 이내의 기간을 말한다. 이 경우 해당 기간은 계약체결일부터 5년 이내의 범위에 있어야 한다.
③ 금융소비자는 법 제47조제1항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우 금융위원회가 정하여 고시하는 해지요구서에 위반사항을 증명하는 서류를 첨부하여 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야한다. 이 경우 「자동차손해배상 보장법」에 따른 책임보험에 대해 해지 요구를 할 때에는 동종의 다른 책임보험에 가입해 있어야 한다.
④ 법 제47조제2항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.
1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우
4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우
⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 해지요구권의 행사 방법 및 절차 등에 관하여

필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제23조 해약환급금

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 **보험료 및 해약환급금 산출방법서**에 따라 계산합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서
보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산) 에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제22조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제 7 관 기타사항 등

제24조 주계약 약관 규정의 준용

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

기준 : 특약보험가입금액 1 만원

구분	지급사유	지급액
종합병원 입원보험금 (제4조)	피보험자가 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 1일 이상 계속하여 입원하였을 때	입원일수 1 일당 1만원 (120 일 한도)

주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

2. 주)1에 의하여 보험료 납입이 면제된 경우라 하더라도, 제15조(특약의 갱신)에 따라 계약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

3. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 회사

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

별표 2

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제4항 및 제23조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
종합병원 입원보험금, 계약자적립액 (제4조, 제17조 제2항)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율 (4.0 %)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율 (6.0 %)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율 (8.0 %)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50 % 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40 %
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후

에는 이자는 발생하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율을 적용할 때 제8조(보험금 등의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 가산이율을 적용할 때 금융위원회 또는 금융감독원이 **정당한 사유**로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

정당한 사유

회사의 보험금 지급지연 사유가 보험금지급의 신속성과 편의성 방해가 아닌 공정하고 정확한 보험금 지급사유의 조사, 확인을 위한 것으로 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.

5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

별표 3

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 제2호 ([관련법규] 참조) 에 규정한 제1급감염병

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

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)

- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- 법적 개입 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)“ 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)

④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)“ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수

⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)“ 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병・사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주1) ( ) 안은 제 8 차 개정 한국표준질병・사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병・사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

주2) 제 9 차 개정이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는

한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주3) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해의 분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주4) 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표 4

질병 및 재해 분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (A00 ~ Y98) 에 해당하는 질병 및 재해
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애 (F00 ~ F99) 로 인한 질병
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상 (Q00 ~ Q99) 으로 인한 질병
③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우

⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

주1) ( ) 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 판단합니다.

주2) 제 9 차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주3) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해의 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주4) 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.