# 무배당 메트라이프 특정성인병진단특약(갱신형) 약관

## 제1관 목적

**제1조 【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.

## 제2관 보험금의 지급

**제2조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】**

① 이 특약에 있어서 『급성심근경색증』이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병((별표 3) 『급성심근경색증』 분류표 참조)을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 사용할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 『급성심근경색증』으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

**제3조【뇌출혈의 정의 및 진단확정】**

① 이 특약에 있어서 『뇌출혈』이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 뇌출혈로 분류되는 질병((별표 4) 『뇌출혈』 분류표 참조)을 말합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여

상기 검사방법을 진단의 기초로 사용할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 『뇌출혈』로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 피보험자가 “급성심근경색증” 또는 “뇌출혈”로 진단이 확정되었을 때에는 보험수익자에게 특정성인병진단급여금((별표1) “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. 다만, “급성심근경색증” 또는 “뇌출혈” 각각 최초 1회의 진단 확정에 한하여 지급합니다.

제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “급성심근경색증” 또는 “뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정성인병진단급여금을 지급합니다.

③ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 이 약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑦ 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.

제6조【보험금을 지급하지 않는 보험사고】

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
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【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서(급성심근경색증, 뇌출혈 진단서)
   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.

제8조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자 메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 (별표 2) '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산' 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 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
   1. 소송제기
   2. 분쟁조정 신청
   3. 수사기관의 조사
   4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
   5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보

험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

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

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

## 제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조【계약 전 알릴 의무 위반에 의한 특약의 해지】

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, 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.

② 회사는 계약자 또는 피보험자가 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 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 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. 계약을 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.

③ 제2항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

④ 회사는 제2항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 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.

⑤ 제2항에 따라 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑥ 제1항의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제2항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

## 제4관 보험계약의 성립과 유지

### 제10조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소, 또는 철회된 경우
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 효력이 있습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 사망할 경우
3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는

경우

③ 제2항 제2호의 '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.

④ 이 특약을 주계약을 체결할 때 부가할 경우에는 "최초계약" 이라 하며, 이후 특약의 보험기간이 끝난 후 제14조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 "갱신계약" 이라 합니다.

**제11조【특약의 보장개시】**

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 계약일(이하 "계약일" 이라 합니다)과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약" 이라 합니다)의 보험기간이 끝나는 날의 다음날(이하 "갱신일" 이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

**제12조【피보험자의 범위】**

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

② 제1항에 불구하고 주계약이 2명(3명, 여러명(多人))보장보험인 경우에는 주계약의 피보험자[주피보험자, 종피보험자 등]중 1인을 선택하여 이 특약의 피보험자로 합니다.

**제13조【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 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

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

**제14조【특약의 갱신】**

① 제10조(특약의 체결 및 소멸)에도 불구하고, 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않고, 보험료 납입기일(갱신전 계약의 보험료 납입기일을 준용합

니다)까지 계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 납입할 때, 이 특약은 갱신되는 것으로 합니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다. 다만, 갱신일 현재 피보험자의 나이가 회사가 정한 가입나이를 초과한 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간은 종료됩니다.

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

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 피보험자에게 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
3. 제10조(특약의 체결 및 소멸)에 따라 이 특약이 소멸한 경우
4. 주계약이 갱신되지 않거나 재계약되지 않은 경우
5. 계약자가 주계약의 보험기간 종료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지한 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용합니다.

⑤ 제4항의 보험요율은 나이의 증가 및 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

⑦ 이 특약이 법령 및 표준약관의 개정에 따르거나 금융위원회의 인가를 얻어 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 내용으로 갱신됩니다.

⑧ 회사는 갱신할 때 변동되는 보험료 및 갱신제한사유에 해당되는 경우에는 그 내역 및 사유를 이 특약의 갱신일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

### 제15조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.

## 제5관 보험료의 납입

### 제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여

야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

**제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】**

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 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.

② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약은 해지됩니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

**제18조【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】**

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다. 회사가 이 특약의 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 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 제11조(특약의 보장개시)의 규정에 따릅니다.

## 제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

**제19조【계약자의 임의해지】**

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.

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

**제20조【해지환급금】**

이 특약에서 해지환급금은 없습니다.

## 제7관 기타사항 등

### 제21조 【개인정보보호】

① 회사는 이 특약과 관련된 개인정보를 이 특약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 특약의 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 특약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

### 제22조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

# 보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

| 구 분 | 지 급 사 유 | 지 급 금 액 |
|---|---|---|
| 특정성인병 진단급여금 (약관 제4조) | 제11조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 최초로『급성심근경색증』으로 진단확정되었을 때(다만, 1회에 한하여 지급) | 1,000만원 |
| | 제11조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 최초로『뇌출혈』로 진단확정되었을 때(다만, 1회에 한하여 지급) | |

(별표 2)

# 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제8조 제2항 관련)

| 구 분 | 적 립 기 간 | 지 급 이 자 |
|---|---|---|
| 특정성인병 진단급여금 (제4조) | 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간 | 보험계약대출이율 |

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

(별표 3)

# 급성심근경색증 분류표

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

| 대 상 급 성 심 근 경 색 증 | 분 류 번 호 |
|---|---|
| 1.급성 심근경색증 | I21 |
| 2.이차성 심근경색증 | I22 |
| 3.급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증 | I23 |

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 4)

# 뇌출혈 분류표

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

| 대 상 뇌 출 혈 | 분 류 번 호 |
|---|---|
| 1.지주막하 출혈 | I60 |
| 2.뇌내출혈 | I61 |
| 3.기타 비외상성 머리내 출혈 | I62 |

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.