무배당 특정질병치료특약(무해지환급형) 약관

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당
보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

무배당 특정질병치료특약(무해지환급형) 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【"성인주요질환"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 『성인주요질환』이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 성인주요질환 분류표((별표3) 참조)에서 정하는 질병(이하 "성인주요질환"이라 합니다)을 말합니다.

② "성인주요질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 뇌졸중 및 급성심근경색증의 진단확정은 병원의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적소견, 세포학적소견, 이학적 소견(X선, C.T, 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

제3조【입원 및 수술의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "성인주요질환"으로 인한 치료를 직접 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 "성인주요질환"으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 수술[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引),

주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]받는 경우를 말합니다.

제4조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 (별표1) 보험금 지급기준표에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 특약의 보험기간 중 “성인주요질환”으로 진단이 확정되고 그 “성인주요질환”의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 : 수술비 지급(수술 1회당)
2. 피보험자가 특약의 보험기간 중 “성인주요질환”으로 진단이 확정되고 그 “성인주요질환”의 치료를 직접목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때 : 입원비 지급

제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주된 보험계약(이하 주된 보험계약은 “주계약”이라 합니다)의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

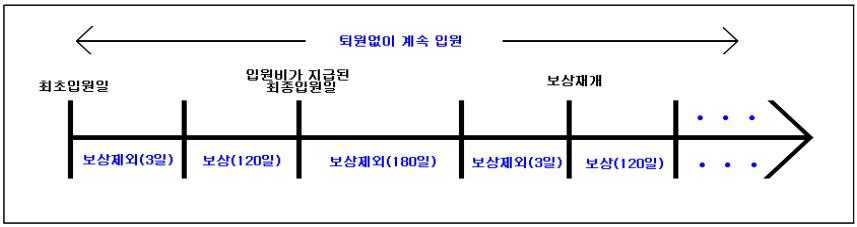
② 제4조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 입원지급일수는 1회 입원 당 120일을 최고한도로 합니다.

④ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 성인주요질환 입원비는 최초입원일이 계약일부터 만1년이 지난 시점의 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만의 기간에 대하여서는 1년 미만에 해당하는 성인주요질환 입원비를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 1년 이후에 해당하는 성인주요질환 입원비를 지급하여 드립니다.

⑤ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 동일한 “성인주요질환”의 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제2항 또는 제3항의 규정을 적용합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 “성인주요질환”에 의한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일을 지나 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑦ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원에 대해서는 제5항의 규정을 적용하여 계속입원비를 지급하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 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.

⑩ 계약일부터 1년 미만에 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 “수술비” 및 제2호의 “입원비” 지급사유가 발생하였을 때에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 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(“성인주요질환” 수술증명서, 입원증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인

이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타, 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조【보험금의 지급절차】

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

② 제1항에 따라 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표2) "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. 분쟁조정신청
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 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제9항에 따라 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 제9조(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 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의를 요청할 때 조사목적, 사용처 등을 명시

하고 설명합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조【계약 전 알릴 의무 위반에 의한 특약의 해지】

① 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(건강계약의 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 의한 종합병원 및 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 다음중 한가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 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. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 체결할 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 대해 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 위반사실 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 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 계약을 해지하였을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 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 지급하여 드립니다.

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 보험회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 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 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 이 특약 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 이 특약 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 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 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 효력이

있습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 사망하였을 경우
3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우.

⑦ 제6항 제2호 '사망' 에는 보험기간에 피보험자에게 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.

제11조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 계약일과 동일합니다.

제12조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 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. 다만, 이 특약의 납입기간 변경은 불가합니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

④ 특약의 보험가입금액이 감액되는 경우 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

제14조【특약의 보험기간】

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

제5관 보험료의 납입

제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

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

니다.

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

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 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 해지하지 않습니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않은 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 내지 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조【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)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 이 특약의 보험료에 「평균공시이율+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 규정을 따릅니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하

여 드립니다.

제19조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

【해지환급금 관련 유의사항】

가. 이 특약은 계약일로부터 보험료 납입기간까지는 해지환급금이 없으며, 보험료 납입 기간 완료 이후 4년 동안 무배당 특정질병치료특약 대비 해지환급금이 적은 대신, 무배당 특정질병치료특약보다 적은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간 완료 이후 4년 경과시점부터는 무배당 특정질병치료특약과 해지환급금이 같습니다.

나. 납입기간과 보험기간이 동일한 경우는 전 보험기간동안 해지환급금이 없습니다.

다. 무배당 특정질병치료특약 대비 이 특약의 경과기간별 해지환급금 비율은 아래와 같습니다.

경과기간	무배당 특정질병치료특약대비 해지환급금 비율
계약일 이후 ~ 「납입기간」 이전	0%
「납입기간」 경과 이후 ~ 「납입기간 + 1년」 이전	20%
「납입기간 + 1년」 경과 이후 ~ 「납입기간 + 2년」 이전	40%
「납입기간 + 2년」 경과 이후 ~ 「납입기간 + 3년」 이전	60%
「납입기간 + 3년」 경과 이후 ~ 「납입기간 + 4년」 이전	80%
「납입기간 + 4년」 경과 이후	100%

라. 회사는 이 특약과 무배당 특정질병치료특약의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내합니다.

【해지환급금 지급비율 예시】
2016년 1월 1일 계약, 80세 만기, 납입기간 10년납, 월납

기준		무배당 특정질병치료특약의 해지환급금 대비 지급되는 비율
계약일 이후 ~ 「납입기간」 이전	2016년 1월 1일부터 2025년 12월 31일까지	0%
「납입기간」 경과 이후 ~ 「납입기간 + 1년」 이전	2026년 1월 1일부터 2026년 12월 31일까지	20%
「납입기간 + 1년」 경과 이후 ~ 「납입기간 + 2년」 이전	2027년 1월 1일부터 2027년 12월 31일까지	40%
「납입기간 + 2년」 경과 이후 ~ 「납입기간 + 3년」 이전	2028년 1월 1일부터 2028년 12월 31일까지	60%
「납입기간 + 3년」 경과 이후 ~ 「납입기간 + 4년」 이전	2029년 1월 1일부터 2029년 12월 31일까지	80%
「납입기간 + 4년」 경과 이후	2030년 1월 1일 이후	100%

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

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제20조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급여명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
수 술 비 (약관 제4조 제1호)	피보험자가 특약의 보험기간중 “성인주요질환”으로 진단이 확정되고 그 “성인주요질환”의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때	수술1회당 200만원(특약보험가입금액의 20%) (다만, 1년 미만 수술시 100만원 지급)
입 원 비 (약관 제4조 제2호)	피보험자가 특약의 보험기간중 “성인주요질환”으로 진단이 확정되고 그 “성인주요질환”의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때	입원일수 3일초과 1일당 1만원(특약보험가입금액의 0.1%) (다만, 1년 미만 입원시 5천원 지급)

주) 1. 입원비는 1회입원당 120일을 최고한도로 합니다.

2. 성인주요질환이란 갑상선 장애, 당뇨병, 만성류마티스심장질환, 고혈압질환, 허혈성심장질환, 동맥경화증, 천식, 뇌혈관질환, 위 및 십이지장궤양, 간의 질환, 콩팥(신장)기능상실을 말합니다.(일부질환은 제외, 세부사항은 (별표3) 참조)

3. 위의 표에서 “1년 미만 수술시”, “1년 미만 입원시”라 함은 계약일로부터 1년 미만의 기간 동안에 수술을 받거나, 입원할 경우를 의미합니다.

(별표 2)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제19조 제2항 관련)

구 분	부 리 기 간	지 급 이 자
수술비, 입원비 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내:평균공시이율의 50% 1년초과기간:1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 3)

성인주요질환 분류표

약관에 규정하는 “성인주요질환”으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분	대 상 질 병 명	분류번호
갑상선 장애	·선천성 요오드 결핍 증후군	E00
	·요오드 결핍과 관련된 갑상선 장애 및 동류의 병태	E01
	·무증상 요오드결핍성 갑상선 기능저하증	E02
	·기타 갑상선 기능저하증	E03
	·기타 비독성 고이터	E04
	·갑상선독증[갑상선 기능항진증]	E05
	·갑상선염	E06
	·갑상선의 기타장애	E07
당 뇨 병	·1형 당뇨병	E10
	·2형 당뇨병	E11
	·영양실조-관련 당뇨병	E12
	·기타 명시된 당뇨병	E13
	·상세불명의 당뇨병	E14
	·당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	·당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	·당뇨병성 백내장	H28.0
	·당뇨병성 망막병증	H36.0
	·당뇨병성 관절병증	M14.2
	·당뇨병성에서의 사구체장애	N08.3
만성류마티스 심장질환	·류마티스성 승모판 질환	I05
	·류마티스성 대동맥판 질환	I06
	·류마티스성 삼첨판 질환	I07
	·다발판막질환	I08
	·기타 류마티스 심장질환	I09

구 분	대 상 질 병 명	분류번호
고혈압 질환	·본태성(원발성) 고혈압	I10
	·고혈압성 심장병	I11
	·고혈압성 콩팥(신장)병	I12
	·고혈압성 심장 및 콩팥(신장)병	I13
	·이차성 고혈압	I15
	·고혈압성 뇌병증	I67.4
	·고혈압성 망막병증	H35.02
허혈성 심장질환	·협심증	I20
	·급성 심근경색증	I21
	·후속 심근경색증	I22
	·급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	·기타 급성 허혈 심장 질환	I24
	·만성 허혈 심장병	I25
동맥경화증	·죽상경화증	I70
천식	·천식	J45
	·천식 지속 상태	J46
뇌혈관 질환	·지주막하 출혈	I60
	·뇌내출혈	I61
	·기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	·뇌경색증	I63
	·출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	·뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	·뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	·기타 뇌혈관 질환	I67
	·달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	·뇌혈관 질환의 후유증	I69
	·일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45

구 분	대 상 질 병 명	분류번호
위 및 십이지장궤양	·위궤양 ·십이지장궤양 ·상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
간의 질환	·알콜성 간질환 ·독성 간질환 ·달리 분류되지 않은 간부전 ·달리 분류되지 않은 만성 간염 ·간의 섬유증 및 경변증 ·기타 염증성 간질환 ·간의 기타 질환 ·달리 분류된 질환에서의 간장애	K70 K71 K72 K73 K74 K75 K76 K77
콩팥(신장) 기능상실	·급성 신부전 ·만성 신장병 ·상세불명의 신부전	N17 N18 N19

[성인주요질환과 보장연관성이 있는 질병[주1)]]

보장연관성이 있는 질병명	분류번호
·갑상선이상성 안구돌출(E05-+)	H06.2
·거대세포바이러스 간염(K77.0*)	B25.1
·톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1
주1)성인주요질환분류표에서는 성인주요질환과 보장연관성이 있는 질병으로 상기 질병도 포함하는 것으로 합니다.	

※ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

※ 당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 합병증이 포함되어 있습니다.

(자세한 내용은 한국표준질병·사인분류를 참고하거나 보험사에 문의)