약관

무배당
심뇌혈관질환치료특약
(무해지환급금형)

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다

MetLife

함께 찾아가는 인생

MetLife

무배당 심뇌혈관질환치료특약(무해지환급금형) 약관

제 1 관 목적

제 1 조 목적

① 이 특약은 보험계약자 (이하 “계약자” 라 합니다) 와 보험회사 (이하 “회사” 라 합니다) 사이에 제 4 조 (보험금의 지급사유) 에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약 (이하 “주계약” 이라 합니다) 에 부가하여 체결됩니다.

제 2 관 보험금 등의 지급

제 2 조 “뇌혈관질환” 및 “허혈성심장질환” 의 정의 및 진단확정

① 이 특약에서 “뇌혈관질환” 및 “허혈성심장질환” 이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류 중 별표 3 (뇌혈관질환 및 허혈성심장질환 분류표) 에서 정하는 질병을 말합니다.

② “뇌혈관질환” 의 진단확정은 **의료법 제 3 조 (의료기관)** 의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관 (이하 “병원” 이라 합니다) 의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영 (brain CT scan), 자기공명영상 (MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술 (PET), 단일광자방출 전산화단층술 (SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 사용할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌혈관질환” 으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

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(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 종합병원

(향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다)

③ “허혈성심장질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조 (의료기관) 의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 (치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥 (심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 사용할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “허혈성심장질환”임이 확정되거나 추정되는 경우

제 3 조 입원 및 수술의 정의와 장소

① 이 특약에 있어서 “입원” 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 “의사” 라 합니다) 에 의하여 “뇌혈관질환” 및 “허혈성심장질환” 의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조 (의료기관) 의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관 (이하 “병원” 이라 합니다) 에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “수술” 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자 (이하 “의사” 라 합니다) 에 의하여 “뇌혈관질환” 및 “허혈성심장질환” 의 직접적인 치료를 목적으로 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] 받는 것을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK (신경의 차단) 은 제외됩니다.
(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 위 “수술“에 포함됩니다.)

제 4 조 보험금의 지급사유

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 별표 1 (보험금 지급기준표) 에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환” 및 “허혈성심장질환” 으로 진단이 확정되고 그 “뇌혈관질환” 및 “허혈성심장질환” 의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 : 수술보험금 지급 (수술 1 회당)
2. 피보험자가 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환” 및 “허혈성심장질환” 으로 진단이 확정되고 그 “뇌혈관질환” 및 “허혈성심장질환” 의 직접적인 치료를 목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 입원보험금 지급 (입원일수 3일 초과 1일당)

제 5 조 보험금 등 지급에 관한 세부규정

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

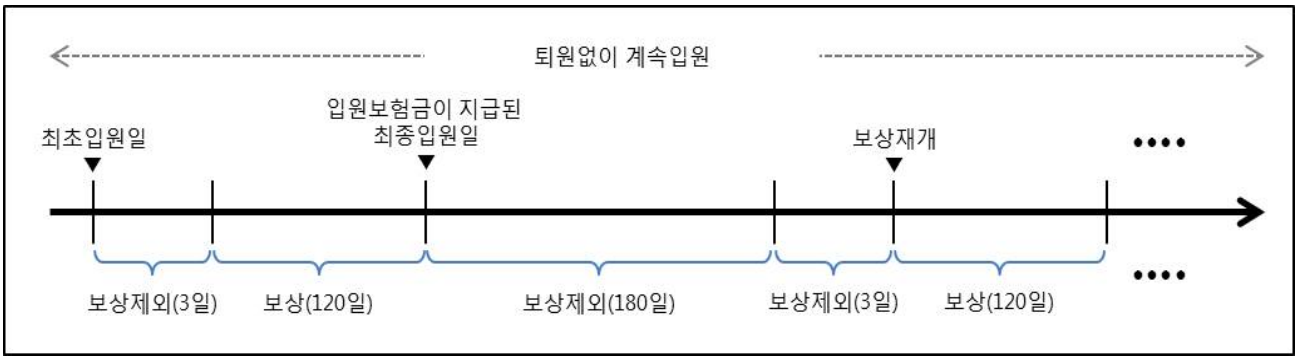
② 제 4 조 (보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

③ 제 4 조 (보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 경우 입원지급일수는 1 회 입원 당 120 일을 최고한도로 합니다.

④ 제 4 조 (보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 경우 입원보험금은 최초입원일이 계약일부터 만 1 년이 지난 시점의 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1 년 이후까지 계속되었을 경우, 1 년 미만의 기간에 대하여서는 1 년 미만에 해당하는 입원보험금을 지급하며, 1 년 이후의 기간에 대하여서는 1 년 이후에 해당하는 입원보험금을 지급하여 드립니다.

⑤ 제 4 조 (보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 경우 피보험자가 동일한 “뇌혈관질환” 및 “허혈성심장질환” 의 치료를 목적으로 입원을 2 회 이상 한 경우에는 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제 2 항 또는 제 3 항의 규정을 적용합니다.

⑥ 제 5 항에도 불구하고 동일한 “뇌혈관질환” 및 “허혈성심장질환” 에 의한 입원이라도 입원보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180 일을 지나 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원보험금이 지급된 최종입원일로부터 180 일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



⑦ 제 4 조 (보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원에 대해서는 제 5 항의 규정을 적용하여 계속 입원보험금을 지급하여 드립니다.

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

⑨ 보험수익자와 회사가 제 4 조 (보험금의 지급사유) 의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조 (의료기관) 에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑩ 계약일부터 1 년 미만에 제 4 조 (보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호의 “수술보험금” 및 제 2 호의 “입원보험금” 지급사유가 발생하였을 때에는 해당 보험금의 50 % 를 지급합니다.

제 6 조 보험금 등을 지급하지 않는 사유

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

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

제 7 조 보험금 등의 청구

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (뇌혈관질환 수술증명서, 허혈성심장질환 수술증명서, 입원증명서 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조 (의료기관) 의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제 7 조 (보험금 등의 청구) 에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제해드리고, 납입면제 사유발생일 이후에 납입한 보험료를 지급하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드리는 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제해드리고, 납입면제 사유발생일 이후에 납입한 보험료를 지급하여 드립니다. 보험료 납입면제 청구일로부터 7 영업일 이내에 납입면제가 되지 않을 경우에는 납입 면제 지연을 보험수익자 또는 계약자에게

알려 드립니다.

② 제 1 항에 따라 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 2 (보험금을 지급할 때의 적립이율 계산) 과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제 1 항의 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 제 7 조 (보험금 등의 청구) 에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 5 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 5 조 (보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제 9 항에 따라 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제 3 항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50 % 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 9 조 (계약 전 알릴 의무 위반에 의한 특약의 해지) 와 제 1 항 및 제 3 항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제 5 항의 서면조사에 대한 동의를 요청할 때 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 9 조 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 제 3 조 (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 제 1 항에도 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 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금지급사유가 발생하지 않고 2 년 (진단계약의 경우 질병에 대하여는 1 년) 이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3 년이 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 계

약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

③ 제 2 항의 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 제 2 항에 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 알려드립니다.

⑤ 제 2 항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제 19 조 (해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑥ 제 1 항의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 2 항에도 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.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 10 조 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 제 2 항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5 년 (갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5 년) 이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단 (단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5 년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

④ 제 3 항의 "청약일로부터 5 년이 지나는 동안" 이라 함은 이 특약 제 16 조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지) 에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 이 특약 제 17 조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활 (효력회복)) 에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제 3 항의 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. 제 4 조 (보험금의 지급사유) 에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우.

⑦ 제 6 항 제 2 호 "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.

⑧ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 6 항 제 2 호에서의 "사망" 의 원인 및 "책임준비금" 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑨ 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 11 조 특약의 보장개시

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 계약일과 동일합니다.

제 12 조 피보험자의 범위

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 13 조 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. 단, 이 특약의 납입기간 및 보험유형(유해지환급금형과 무해지환급금형)은 변경이 불가합니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제 19 조 (해지환급금) 제 1 항에 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.

제 14 조 특약의 보험기간

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

제 5 관 보험료의 납입

제 15 조 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 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 16 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉) 와 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 제 1 항 내지 제 2 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 19 조 (해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 17 조 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. 다만, 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.

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 제 11 조 (특약의 보장개시) 의 규정을 따릅니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 18 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 19 조 (해지환급금) 제 1 항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 19 조 해지환급금

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

무해지환급금형의 해지환급금 관련 유의사항

가. 무해지환급금형은 계약일로부터 보험료 납입기간까지는 해지환급금이 없으며, 보험료 납입 기간 완료 이후 4 년 동안 유해지환급금형 대비 해지환급금이 적은 대신, 유해지환급금형보다 적은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간 완료 이후 4 년 경과시점부터는 유해지환급금형과 해지환급금이 같습니다.

나. 무해지환급금형에서 납입기간과 보험기간이 동일한 경우는 전 보험기간동안 해지환급금이 없습니다.

다. 무해지환급금형의 유해지환급금형 대비 경과기간별 해지환급금 비율

은 아래와 같습니다.

경과기간	유해지환급금형 대비 해지환급금 비율
계약일 이후 ~ “납입기간” 이전	0 %
“납입기간” 경과 이후 ~ “납입기간 + 1 년” 이전	20 %
“납입기간 + 1 년” 경과 이후 ~ “납입기간 + 2 년” 이전	40 %
“납입기간 + 2 년” 경과 이후 ~ “납입기간 + 3 년” 이전	60 %
“납입기간 + 3 년” 경과 이후 ~ “납입기간 + 4 년” 이전	80 %
“납입기간 + 4 년” 경과 이후	100 %

라. 회사는 무해지환급금형과 유해지환급금형의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교・안내합니다.

해지환급금 지급비율 예시

2016 년 1 월 1 일 계약, 80 세 만기, 납입기간 20 년납, 월납

기준		유해지환급금 형형 대비 해지환급금 비율
계약일 이후 ~ “납입기간” 이전	2016 년 1 월 1 일부터 2035 년 12 월 31 일까지	0 %
“납입기간” 경과 이후 ~ “납입기간 + 1 년” 이전	2036 년 1 월 1 일부터 2036 년 12 월 31 일까지	20 %
“납입기간 + 1 년” 경과 이후 ~ “납입기간 + 2 년” 이전	2037 년 1 월 1 일부터 2037 년 12 월 31 일까지	40 %
“납입기간 + 2 년” 경과 이후 ~ “납입기간 + 3 년” 이전	2038 년 1 월 1 일부터 2038 년 12 월 31 일까지	60 %
“납입기간 + 3 년” 경과 이후 ~ “납입기간 + 4 년” 이전	2039 년 1 월 1 일부터 2039 년 12 월 31 일까지	80 %
“납입기간 + 4 년” 경과 이후	2040 년 1 월 1 일 이후	100 %

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

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제 20 조 주계약 약관 규정의 준용

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

별표 1

보험금 지급기준표

기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원

구분	지급사유	지급금액
수술보험금 (제 4 조 제 1 항 제 1 호)	피보험자가 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환” 또는 “허혈성심장질환” 으로 진단이 확정되고 그 “뇌혈관질환” 또는 “허혈성심장질환” 의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	수술 1 회당 100 만원 (특약보험가입금액의 10 %) (다만, 1 년 미만 수술 시 50 만원 지급)
입원보험금 (제 4 조 제 1 항 제 2 호)	피보험자가 특약의 보험기간 중 “뇌혈관질환” 또는 “허혈성심장질환” 으로 진단이 확정되고 그 “뇌혈관질환” 또는 “허혈성심장질환” 의 직접적인 치료를 목적으로 4 일 이상 계속 입원하였을 때	입원일수 3 일 초과 1 일당 1 만원 (특약보험가입금액의 0.1 %) (다만, 1 년 미만 입원 시 5 천원 지급)

주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
3. 입원보험금은 1 회 입원당 120 일을 최고한도로 합니다.
4. “뇌혈관질환” 또는 “허혈성심장질환” 이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표 3 (뇌혈관질환 및 허혈성심장질환 분류표) 에서 정하는 질병을 말합니다.
5. 위의 표에서 “1 년 미만 수술시” , “1 년 미만 입원시” 라 함은 계

약일로부터 1 년 미만의 기간 동안에 수술을 받거나, 입원할 경우를 의미합니다.

별표 2

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제 8 조 제 2 항 및 제 19 조 제 2 항 관련)

구분	적립기간	지급이자
수술보험금, 입원보험금 (제 4 조 제 1 항) 및 책임준비금 (제 10 조 제 9 항)	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 %)
해지환급금 (제 19 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50 % 1 년 초과기간 : 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 제 8 조 (보험금 등의 지급절차) 제 3 항 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

뇌혈관질환 및 허혈성심장질환 분류표

① 약관에 규정하는 “뇌혈관질환” 및 “허혈성심장질환”으로 분류되는 질병은 제 7 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 및 허혈성심장질환 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병명	분류번호
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
허혈 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

주) 1. 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 및 허혈성심장질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·

사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.