약관

무배당 더블 11대질병치료특약 (무해지환급금형)

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다

MetLife

함께 찾아가는 인생

무배당 더블11대질병치료특약(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 보험금의 지급

제 2 조 “11대질병” 의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 “11대질병” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표 3 (성인주요질환 분류표) 에서 정하는 질병 (이하 “11대질병” 이라 합니다) 을 말합니다.

② “11대질병” 의 진단확정은 **의료법 제 3 조 (의료기관)** 에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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 제 2 항 의 규정에도 불구하고 뇌졸중 및 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제 3 조 (의료기관) 에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적소견, 이학적 소견 (X선, C.T, 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

제 3 조 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 "11대질병" 으로 한 치료를 직접 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조 (의료기관) 에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 "수술" 이라 함은 "11대질병" 으로 인한 치료를 직접 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조 (의료기관) 의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관 (이하 "병원" 이라 합니다) 에서 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 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 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 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 별표 1 (보험금 지급기준표) 에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 특약의 보험기간 중 "11대질병" 으로 진단이 확정되고 그 "11대질병" 의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 : 수술보험금 지급 (수술 1 회당)
2. 피보험자가 특약의 보험기간 중 "11대질병" 으로 진단이 확정되고 그 "11대질병" 의 치료를 직접목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 입원보험금 지급

② 제 1 항에 따라 보험금을 지급하는 경우 해당 보험기간 (피보험자의 전환나이 전 보험기간과 전환나이 이후 보험기간) 에 따라 보험금이 변동될 수 있습니다.

전환나이에 따른 보험금 지급 예시 (보험가입금액 1 천만원 기준)
가입사례) 40 세 남성 피보험자(전환나이 65세)
① 계약일부터 1 년이 완전히 지나기 전에 "11대질병" 으로 진단이 확정되고 그 "11대질병" 의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 경우 : 100 만원 지급
② 피보험자가 64 세에 "11대질병" 으로 진단이 확정되고 그 "11대질병" 의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 경우 : 200 만원 지급
③ 피보험자가 65 세에 "11대질병" 으로 진단이 확정되고 그 "11대질병" 의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 경우 : 400 만원 지급

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 주된 계약 (이하 주된 계약은 "주계약" 이라 합니다) 의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

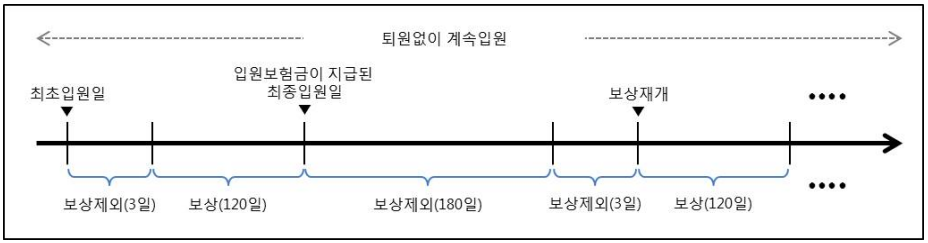
② 제 4 조 (보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “11대질병” 으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

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

④ 제 4 조 (보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 경우 11대질병 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 11대질병 입원보험금을 지급하며, 1 년 이후의 기간에 대하여서는 1 년 이후에 해당하는 11대질병 입원보험금을 지급합니다.

⑤ 제 4 조 (보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 경우 피보험자가 동일한 “11대질병” 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 “11대질병” 에 의한 입원이라도 입원보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원보험금이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑦ 제 4 조 (보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호의 경우 피보험자가 입원

기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원에 대해서는 제 3 항의 규정을 적용하여 계속 입원보험금을 지급합니다. 다만, 계속 중인 입원기간 중에 전환나이가 된 경우에는 전환나이가 된 때부터는 제 2 보험기간 (전환나이 이후) 에 해당하는 입원보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 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 제3자의 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 항의 “수술보험금” 및 “입원보험금” 지급사유가 발생하였을 때에는 해당 보험금의 50 % 를 지급합니다.

제 6 조 보험금을 지급하지 않는 사유

① 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

제 7 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (“11대질병” 수술증명서, 입원증명서 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조 (의료기관) 에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제 7 조 (보험금의 청구) 에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금의 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 지급합니다.

② 제 1 항에 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 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 (보험금의 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 지급에 관한 세부규정) 제 9 항에 따라 보험금 지급사유에 대해 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 가지급보험금

으로 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 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 3 관 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제 9 조 계약전 알릴 의무 위반에 의한 특약의 해지

① 계약자 또는 피보험자는 청약 할 때 (진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 (이하 “계약전 알릴 의무” 라 하며, 상법상 “고지의무” 와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제 3 조 (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 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 다음중 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 **보장개시일**부터 보험금지급사유가 발생하지 않고 2 년 (진단계약의 경우 질병에 대하여는 1 년) 이 지났을 때

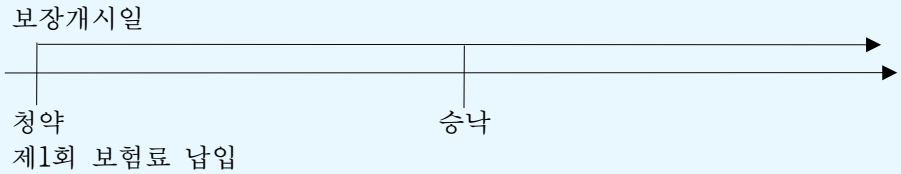
보장개시일

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.

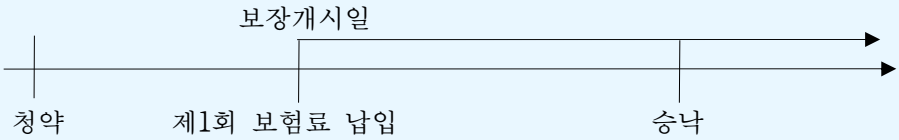
- 청약한 후에 회사가 승낙하고 그 이후에 제1회 보험료를 받은 경우



- 청약과 동시에 제1회 보험료를 납입하고 그 이후에 회사가 승낙한 경우



- 청약한 후에 제1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



3. 계약을 체결한 날부터 3 년이 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 있습

니다)
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 제 2 항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도제한, 일부보장제외, 보험금삭감, 보험료할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

④ 회사는 제 2 항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "**반대증거**가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다" 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

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

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 계약전 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 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 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 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 에는 효력이 있습니다.

무효

당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

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.

2. 이 특약의 피보험자가 사망할 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. **실종선고**를 받은 경우 : 법원에서 인정한 **실종기간**이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

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 당한자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.
(※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.)

실종선고

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 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.

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

제 11 조 특약의 보장개시

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 계약일 (이하 “계약일” 이라 합니다) 과 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 변경은 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 및 전환나이

① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사 소정의 범위내에서 정합니다.

② 이 특약의 보험기간은 계약일로부터 전환나이의 계약해당일 전일까지를

“제 1 보험기간 (전환나이 전)”, 전환나이의 계약해당일부터 이 특약의 만기까지를 “제 2 보험기간 (전환나이 이후)”이라 하며, 전환나이는 피보험자의 보험나이를 기준으로 합니다.

③ 이 특약의 전환나이는 65 세이며, 전환나이의 변경은 불가합니다.

④ 이 특약의 보험기간 중 제 4 조 (보험금의 지급사유) 에서 정한 보험금은 피보험자의 전환나이에 따라 변동됩니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 15 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 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 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 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항 및 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) 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 **평균공시이율** + 1 % 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

평균공시이율
현재 시점의 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) - 업무자료 - 보험상품자료 - 평균공시이율에서 확인할 수 있습니다.

② 주계약의 부활 (효력회복) 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 따른 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 산출방법서**에 따라 계산합니다.

보험료 및 책임준비금 산출방법서

보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험료와 책임준비금 및 해지환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

무해지환급금형의 해지환급금 관련 유의사항

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

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

다. 무해지환급금형의 유해지환급금형 대비 이 특약의 경과기간별 해지환급금 비율은 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 형의 해지환급금 대비 지급비율
계약일 이후 ~ “납입기간” 이전	2016년 1월 1일부터 2035년 12월 31일까지	0 %
“납입기간” 경과 이후 ~ “납입기간 + 1 년” 이전	2036년 1월 1일부터 2036년 12월 31일까지	20 %
“납입기간 + 1 년” 경과 이후 ~ “납입기간 + 2 년” 이전	2037년 1월 1일부터 2037년 12월 31일까지	40 %
“납입기간 + 2 년” 경과 이후 ~ “납입기간 + 3 년” 이전	2038년 1월 1일부터 2038년 12월 31일까지	60 %
“납입기간 + 3 년” 경과 이후 ~ “납입기간 + 4 년” 이전	2039년 1월 1일부터 2039년 12월 31일까지	80 %
“납입기간 + 4 년” 경과 이후	2040년 1월 1일 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	
		제 1 보험기간 (전환나이 전)	제 2 보험기간 (전환나이 이후)
수술보험금 (제 4 조 제 1 항 제 1 호)	피보험자가 특약의 보험기간 중 “11대질병”으로 진단이 확정되고 그 “11대질병”의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때	수술 1 회당 200 만원 (다만, 1 년 미만 수술시 100 만원 지급)	수술 1 회당 400 만원
입원보험금 (제 4 조 제 1 항 제 2 호)	피보험자가 특약의 보험기간 중 “11대질병”으로 진단이 확정되고 그 “11대질병”의 치료를 직접목적으로 4 일 이상 계속 입원하였을 때	입원일수 3 일 초과 1 일당 1 만원 (다만, 1 년 미만 입원시 5 천원 지급)	입원일수 3 일 초과 1 일당 2 만원

주) 1. 입원보험금은 1 회 입원당 120 일을 최고한도로 합니다.
2. 11대질병이란 갑상선 장애, 당뇨병, 만성류마티스심장질환, 고혈압질환, 허혈성심장질환, 동맥경화증, 천식, 뇌혈관질환, 위 및 십이지장궤양, 간의 질환, 콩팥 (신장) 기능상실을 말합니다. (일부질환은 제외, 세부사항은 별표 3 (성인주요질환 분류표) 을 참조)
3. 제 1 보험기간 (전환나이 전) : 계약일부터 전환나이 계약해당일 전일까지
4. 제 2 보험기간 (전환나이 이후) : 전환나이 계약해당일부터 계약의

만기시까지

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)	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 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제 8 조 (보험금의 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

성인주요질환 분류표

① 약관에 규정하는 “11대질병”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 11대질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병명	분류번호
갑상선장애	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
당뇨병	1 형 당뇨병	E10
	2 형 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

만성류마티스심장질환	류마티스성 승모판 질환	I05
	류마티스성 대동맥판 질환	I06
	류마티스성 삼첨판 질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스 심장질환	I09
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장질환	I12
	고혈압성 심장 및 신장질환	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.02
허혈성심장질환	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
위 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
간의 질환	알콜성 간질환	K70
	독성 간질환	K71
	달리 분류되지 않은 간부전	K72
	달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
	간의 섬유증 및 경변증	K74
	기타 염증성 간질환	K75
	간의 기타 질환	K76
	달리 분류된 질환에서의 간장애	K77
콩팥 (신장) 기능상실	급성 신부전	N17
	만성 신장병	N18
	상세불명의 신부전	N19

(성인주요질환과 보장연관성이 있는 질병[주) 1])

보장연관성이 있는 질병명	분류번호
갑상선이상성 안구돌출(E05-+)	H06.2
거대세포바이러스 간염(K77.0*)	B25.1
톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1

주) 1. 성인주요질환분류표에서는 성인주요질환과 보장연관성이 있는 질병으로 상기 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 당뇨병 (E10 ~ E14) 에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 합병증이 포함되어 있습니다. (자세한 내용은 한국표준질병·사인분류를 참고하거나 보험사에 문의)
3. 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 11대질병 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.