무배당
13대달러보험료납입면제
특약(페이백형)

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당
보험료를 납입한 경우에만 적용합니다

MetLife

함께 찾아가는 인생

무배당 13대달러보험료납입면제특약(페이백형) 약관

제 1 관 보험계약의 기준통화

제 1 조 보험계약의 기준통화

① 이 보험계약에서 보험료의 납입, 해지환급금 등의 지급에 사용되는 통화는 미(美)합중국통화 (이하 “미화” 라 하며, 그 단위는 “달러” 라 합니다)로 합니다.

제 2 관 목적

제 2 조 목적

① 이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’ 라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’ 라 합니다) 사이에 제 8 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약” 이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제 3 관 용어의 정의

제 3 조 “6 대 질병” 의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 “6 대 질병” 이라 함은 별표 1 (“6 대 질병“의 정의)에서 정한 “암”, “급성심근경색증”, “뇌출혈”, “말기신부전증”, “말기간질환”, “말기폐질환” 을 말합니다. 다만, “암” 의 경우 분류번호 C50 (유방의 악성신생물(암)), C51 ~ C58 (여성 생식기관의 악성신생물(암)), C60 ~ C63 (남성 생식기관의 악성신생물(암)), C44 (기타 피부의 악성신생물(암)), C73 (갑상선의 악성신생물(암)), 전암상태 (암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential) 및 C15 ~ C26 (소화기관의 악성신생물(암)) 중 제 2 항에서 정한 “대장점막내암” 은 제외합니다.

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물 (암)이 확인되는 경우에는 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))으로 분류하지 않고, **원발부위(최초 발생한 부위)**를 기준으로 분류합니다.

원발부위(최초발생한 부위) 기준 예시

예시1) C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

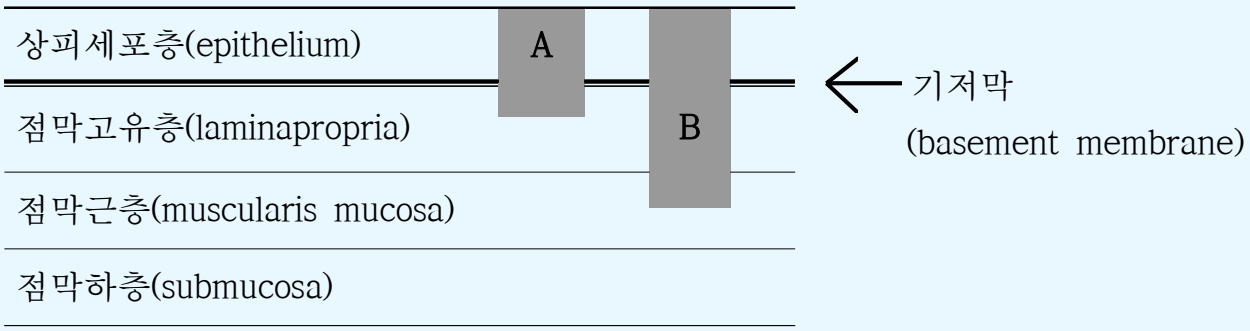
예시2) C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

예시3) C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 제 1 항의 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층 (epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막 (basement membrane) 을 뚫고 내려가서 점막고유층 (laminapropria) 또는 점막근층 (muscularis mucosa) 을 침범하였으나 점막하층 (submucosa) 까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

“대장점막내암” (예시)

A: 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
B: 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우



(■ 악성종양세포 침범깊이)

③ “6 대 질병” 의 진단확정은 **의료법 제 3 조 및 제 5 조**의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 (한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자 (이하 “의사” 라 합니다) 가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 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(「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)

의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

(향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다)

④ “6 대 질병” 중 “암” 의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 따라 내려져야 하며, 이 진단은 조직 (fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사 (fine needle aspiration) 또는 혈액 (hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

⑤ “6 대 질병” 중 “급성심근경색증” 의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥 (심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

⑥ “6 대 질병” 중 “뇌출혈” 의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영 (brain CT scan), 자기공명영상 (MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술 (PET), 단일광자방출전산화단층술 (SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “뇌출혈” 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조 “4 대 수술” 의 정의

① 이 특약에 있어서 “4 대 수술” 이라 함은 별표 3 (“4 대 수술” 의 정의)에서 정한 “관상동맥우회술” , “5 대 장기이식수술” , “대동맥인조혈관치환수술” , “심장판막수술” 을 말합니다.

제 5 조 “중대한 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)” 의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 “중대한 화상 (Third Degree Burns) 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상, Corrosions)” 이라 함은 “9의 법칙 (Rule of

9’s)” 또는 “룬드와 브라우더 신체 표면적 차트 (Lund & Browder chart)” 에 의해 측정된 신체표면적으로 20 % 이상의 3 도 화상 또는 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상) 을 입은 경우에 보장해주며 이 측정법처럼 표준화된 방법이고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

② “중대한 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)” 의 진단확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 6 조 “중증치매상태” 의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 “중증치매상태” 라 함은 피보험자가 계약일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 제 16 조 (특약의 보장개시) 에서 정한 “중증치매상태” 의 보장개시일 (이하, “중증치매상태 보장개시일” 이라 합니다) 이후에 치매로 진단받고 이로 인하여 “중증의 인지기능의 장애” 가 발생한 상태를 말합니다.

② 제 1 항에서 정한 “중증의 인지기능의 장애” 라 함은 CDR 척도 (한국판 Expanded Clinical dementia rating, 2001 년) 검사 결과가 3 점 이상 (다만, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다) 에 해당되는 상태로서, 그 상태가 “중증치매상태 보장개시일” 이후에 발생하고, 발생시점부터 90 일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
“CDR 척도 (한국판 Expanded Clinical dementia rating, 2001 년)” 는 치매전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5 로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

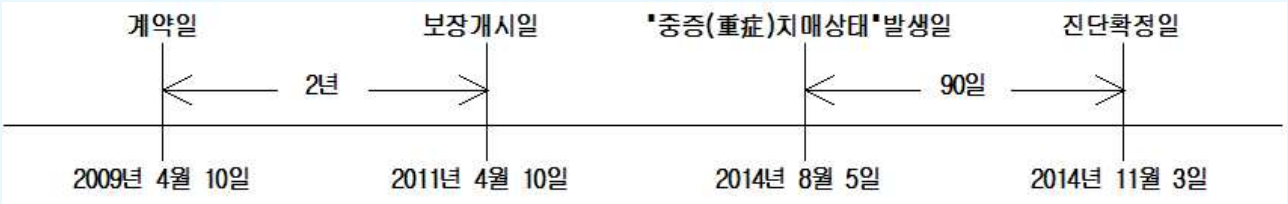
③ 제 1 항에서 “치매” 의 진단은 치매전문의(신경과 또는 정신건강의학과)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한

종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 또한 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

④ 제 3 항에서 “중증치매상태”의 진단일부터 90일이 지난 이후에 회사가 피보험자의 “중증치매상태”가 계속하여 지속되었음을 확인함으로써 제 1 항에서 정한 “중증치매상태”로 최종 진단확정 됩니다.

⑤ 제 1 항에도 불구하고 “정신분열병이나 우울증과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애” 및 “알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애”는 보장대상에서 제외합니다.

“중증치매상태”의 보장개시 및 진단확정 (예시)



다만, 질병이 없는 상태에서 재해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “중증치매상태”가 발생한 경우 보험계약일을 “중증치매상태 보장개시일”로 합니다.

제 7 조 “일상생활장해상태”의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 “일상생활장해상태”라 함은 피보험자가 계약일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 제 16 조 (특약의 보장개시) 에서 정한 “일상생활장해상태”의 보장개시일 (이하, “일상생활장해상태 보장개시일”이라 합니다) 이후에 “특별한 보조기구 (휠체어, 목발, 의수, 의족 등) 를 사용하여도 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태로서, 다음 제 1 호 및 제 2 호에 동시에 해당되며, 그 상태가 “일상생활장해상태 보장개시일” 이후에 발생하고, 발생시점부터 90 일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태”를 말합니다.

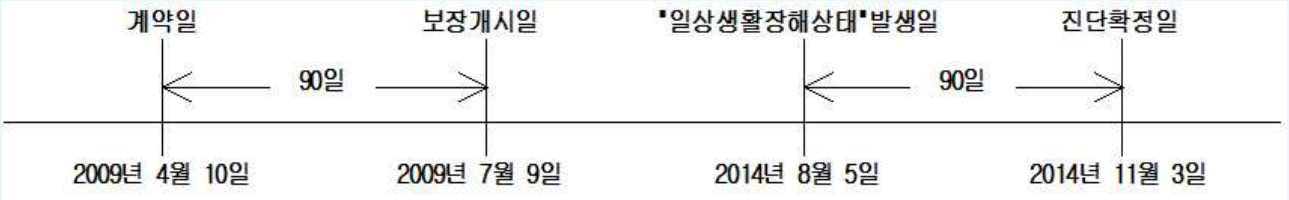
1. “이동 (보행) 하기”를 스스로 할 수 없는 상태
2. 다음 (1) ~ (4) 항목 중 한 가지 항목이라도 스스로 할 수 없는 상태

(1) 식사하기
(2) 화장실 사용하기
(3) 목욕하기
(4) 옷입기

② 제 1 항에서 “스스로 할 수 없는 상태” 라 함은 별표 3 (“일상생활 기본동작“ 유형 및 “타인의 완전한 도움” 판단기준표) 에서 정한 “항상 타인의 완전한 도움” 이 반드시 필요한 경우를 말합니다.

③ “일상생활장해상태” 발생의 진단은 피보험자를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일부터 90 일이 지난 이후에 회사가 피보험자의 “일상생활장해상태” 가 계속하여 지속되었음을 확인함으로써 제 1 항에서 정한 “일상생활장해상태” 로 최종 진단확정 됩니다.

“일상생활장해상태” 의 보장개시 및 진단확정 (예시)



다만, 재해를 직접적인 원인으로 “일상생활장해상태” 가 발생한 경우 보험계약일을 “일상생활장해상태 보장개시일” 로 합니다.

제 4 관 보험금 등의 지급 및 보험료 납입면제

제 8 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제 16 조 (특약의 보장개시) 에서 규정하고 있는 보장개시일 이후에 제 2 항의 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유 중 한 가지 사유로 진단확정된 경우에는 다음 각 호를 각각 보상합니다.

1. 보험수익자에게 페이백보험금 (별표 1 (보험금 지급기준표) 참조) 을 지급해드립니다. 다만, 최초 1 회의 진단 확정에 한하여 지급합니다.

2. 이 특약의 남은 보험기간에 한하여 차회 이후의 “주계약의 기본보험료 및 이 특약의 보험료” 납입을 면제하여 드립니다.

② 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유는 다음과 같습니다.
1. 6 대 질병 (제 3 조 (“6 대 질병” 의 정의 및 진단확정) 참조)
2. 4 대 수술 (제 4 조 (“4 대 수술” 의 정의) 참조)
3. 중대한 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상) (제 5 조 (“중대한 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)” 의 정의 및 진단확정) 참조)
4. 중증치매상태 (제 6 조 (“중증치매상태” 의 정의 및 진단확정) 참조)
5. 일상생활장해상태 (제 7 조 (“일상생활장해상태” 의 정의 및 진단확정) 참조)

제 9 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정

① 보험료 납입이 면제된 이후에는 이 특약의 남은 보험기간에 한하여 주계약의 기본보험료가 정상적으로 납입된 것으로 봅니다. 다만, 피보험자가 사망하였을 경우 또는 이 특약의 보험기간 종료일 이후에는 주계약의 기본보험료는 더 이상 납입 면제되지 않습니다.

② 계약자는 피보험자가 보험계약일부터 제 16 조 (특약의 보장개시) 에서 정한 보장개시일 전에 “암”, “중증치매상태”, “일상생활장해상태” 로 진단확정되었을 경우에는 각각의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90 일 이내에 특약의 취소를 선택할 수 있으며 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

③ 보험계약일부터 제 16 조 (특약의 보장개시) 에서 정한 보장개시일 전에 “암”, “중증치매상태”, “일상생활장해상태” 로 진단확정되었으나 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 경우에는 보험계약일부터 각각의 보장개시일 전에 진단확정된 “암”, “중증치매상태” 또는 “일상생활장해상태” 가 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 “암”, “중증치매상태”, 또는 “일상생활장해상태” 로 제 8 조 (보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유) 에서 정한 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우라 할지라도 보험금을 지급하여 드리지 않고 보험료의 납입을 면제하

여 드리지 않습니다.

④ 제 3 항에도 불구하고 청약일 (부활(효력회복)일) 부터 각각의 보장개시일 전에 “암”, “중증치매상태” 또는 “일상생활장해상태” 로 진단확정 받더라도 각각의 보장개시일 이후 5 년이 지나는 동안 그 “암”, “중증치매상태” 또는 “일상생활장해상태” 로 인하여 추가적인 진단 (단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 각각의 보장개시일부터 5 년이 지난 이후에는 제 8 조 (보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유) 에서 정한 보험금을 지급하고 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 계약자와 회사가 제 8 조 (보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유) 의 보험금 지급 및 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 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 지급 및 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제 3 조 (“6 대 질병” 의 정의 및 진단확정)에서 정한 “6대 질병” 을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제 8 조 (보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유) 에서 정한 보험금을 지급합니다.

제 10 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제를 하지 않는 사유

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하여 드리지 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 11 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유의 발생통지

① 계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제 8 조 (보험금 지급 및 보험료

납입면제 사유) 에서 정한 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 12 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제의 청구

① 계약자 또는 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 지급 및 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (수술증명서, 진료기록부 (검사기록지 포함), 장해진단서, 진단서 (병명기입) 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

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

③ 이 특약에 의해 보험료 납입이 면제된 주계약에 대하여 주계약 해지환급금 청구시 계약자는 피보험자의 생존사실을 증명할 수 있는 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본 등의 서류를 제출하여야 합니다.

④ 이 특약에 의해 보험료 납입이 면제된 주계약에 대하여 주계약 적립액을 중도 인출하는 경우에 회사는 계약자에게 피보험자의 생존사실을 증명할 수 있는 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본 등의 서류 제출을 요청할 수 있습니다.

제 13 조 보험금 지급 및 보험료 납입면제의 절차

① 회사는 제 12 조 (보험금 지급 및 보험료 납입면제의 청구) 에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 이후 보험금을 지급하고 보험료의 납입을 면제해드리고, 납입면제 사유발생일 이후에 납입한 보험료를 지급하여 드립니다. 다만, 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 이후 보험금을 지급하고 보험료의 납입을 면제해드리고, 납입면제 사유발생일

이후에 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 제 1 항에 정한 기일 내에 보험료 납입을 면제받지 못하고 보험료를 납입한 후 보험료 납입을 면제받은 경우에는 납입면제 사유 발생일 이후에 납입한 보험료는 돌려 드리며, 제 1 항에서 정한 기일을 초과하는 날부터 납입면제 보험료 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 5 (보험금 지급 및 보험료를 납입면제할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 1 항의 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유조사와 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 지급 및 보험료 납입면제 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
④ 회사는 제 3 항의 서면조사에 대한 동의 요청하는 경우 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

⑤ 보험금 및 납입면제 청구일부터 7 영업일 이내에 보험금 지급 및 보험료 납입면제가 되지 않을 경우에는 보험금 및 납입면제 지연을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드립니다.

⑥ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제 1 항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도 (회사가 추정하는 보험금의 50 % 이내를 지급) 에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제 12 조 (보험금 지급 및 보험료 납입면제의 청구) 에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 3 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 9 조 (보험금 지급 및 보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제 13 항

에 따라 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

⑦ 제 6 항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50 % 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑧ 회사는 제 3 항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 5 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 14 조 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 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 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 보험료 납입면제 사유가 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 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료 (건강진단서 사본 등) 에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험료 납입면제 사유가 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 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 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 알려드립니다.

⑤ 제 2 항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제 24 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 지급 및 보험료 납입면제 사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 2 항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유는 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급 및 보험료 납입면제를 거절하지 않습니다.

제 6 관 보험계약의 성립과 유지

제 15 조 특약의 체결 및 소멸

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 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 약관에서 정한 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 보험금을 지급하고 보험료의 납입을 면제합니다.

④ 제 3 항의 “청약일로부터 5 년이 지나는 동안” 이라 함은 이 약관 제 21 조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지) 에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 이 약관 제 22 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

⑦ 제 6 항 제 2 호의 “사망” 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사

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

⑧ 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우, 이 특약은 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 보험료의 납입이 면제된 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드리고 그 때부터 효력이 없습니다.

제 16 조 특약의 보장개시

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 계약일 (이하 “계약일” 이라 합니다) 과 동일합니다.

② 제 1 항의 규정에도 불구하고 별표 2 (“6 대 질병” 의 정의) 에서 정한 “암” 보장에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 하며, 그 날로부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

③ 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 6 조 (“중증치매상태” 의 정의 및 진단확정) 에서 정한 “중증치매상태” 에 대한 보장개시일은 계약일부터 그날을 포함하여 만 2 년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 질병이 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로“중증치매상태“가 발생한 경우에는 계약일을 보장개시일로 합니다.

④ 제 1 항의 규정에도 불구하고 제 7 조 (“일상생활장해상태” 의 정의 및 진단확정) 에서 정한 “일상생활장해상태” 에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 “일상생활장해상태” 가 발생한 경우에는 계약일을 보장개시일로 합니다.

제 17 조 피보험자의 범위

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다. 다만, 주계약의 피보험자가 2인 이상인 경우, 이 특약의 피보험자는 주계약의 주피보험자로 합니다.

제 18 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.

② 계약자는 특약의 보험기간 중 제 8 조 (보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유) 에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

③ 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제 24 조 (해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 이 특약이 부가된 주계약 기본보험료의 증액은 회사의 규정에 따라 제한될 수 있습니다.

⑤ 특약의 보험가입금액이 감액되는 경우 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

⑥ 주계약 기본보험료 금액이 변경되는 경우에는 이 특약의 가입금액 또한 동일하게 변경됩니다.

제 19 조 특약의 보험기간

① 이 특약의 보험기간은 부가되는 주계약의 가입 당시 납입기간과 일치하여야 합니다. 가입 이후 보험료 납입유예 등의 변경이 있어도 이 특약의 보험기간은 변경되지 않습니다.

제 7 관 보험료의 납입

제 20 조 특약의 보험료 납입기간 및 특약보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 보험기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 특약의 보험료와 함께 선납하여야 합니다.

제 21 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 특약의 보험료를 납입하지 않은 경우에는 주계약에 정한 납입최고 (독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 사고에 대하여 회사는 제 8 조 (보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유) 에서 정한 바에 따라 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 24 조 (해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 22 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.

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 15 조 (특약의 보장개시) 의 규정을 따릅니다.

제 8 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 23 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 24 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 24 조 해지환급금

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

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 5 (보험금 지급 및 보험료를 납입면제할 때의 적립이율 계산) 에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 별도로 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 9 관 지정대리청구에 관한 사항

제 25 조 적용대상

① 이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제 26 조 지정대리청구인의 지정

① 계약자는 보험기간 중에 다음 각 호의 1 에 해당하는 자 중 1 명을 보험금 지급 및 보험료 납입면제의 대리청구인 (이하, “지정대리청구인”이라 합니다) 으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제 27 조 (지정대리청구인의 변경지정) 에 따라 지정대리청구인을 변경 지정하거나 보험금 지급 및 보험료 납입면제를 청구하는 경우에도 다음 각 호의 1 에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제 1 항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제 25 조 (적용대상) 의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 27 조 지정대리청구인의 변경지정

① 계약자는 특약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서 (회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 (가족관계증명서 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제 28 조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급 및 보험료 납입면제 절차

① 지정대리청구인은 제 29 조 (지정대리청구인에 의한 보험료 납입면제의 청구) 에 정한 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제 25 조 (적용대상) 의 보험수익자 대리인으로서 보험금 지급 및 보험료 납입면제를 청구할 수 있습니다.

② 회사가 보험금 지급 및 보험료 납입면제를 지정대리청구인에게 제공한 경우에는 그 이후 보험금 지급 및 보험료 납입면제 청구를 받더라도 회사는 이를 제공하지 않습니다.

제 29 조 지정대리청구인에 의한 보험금 지급 및 보험료 납입면제의 청구

① 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)

2. 사고증명서
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 (가족관계증명서 등) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험료 납입면제 청구에 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 10 관 기타사항

제 30 조 주계약 약관 규정의 준용

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

별표 1

보험금 지급기준표

50% 페이백형, 100% 페이백형, 200% 페이백형
특약보험가입금액 : 주계약 기본보험료

구분	지급사유	지급금액	
페이백 보험금 (제 8 조)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일(“암”의 경우 “암보장개시일”) 이후에 “6대질병”, “중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)”으로 진단 확정 받았거나 “4대수술”을 받은 경우 또는 보험기간 중 “중증치매 보장개시일” 이후에 “중증치매상태”로 진단 확정되었을 때 또는 보험기간 중 “일상생활장해보장개시일” 이후에 “일상생활장해상태”로 진단 확정되었을 때(다만, 페이백보험금은 “6대질병”, “4대수술”, “중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)”, “중증치매상태” 또는 “일상생활장해상태” 중 최초 1회에 한하여 지급)	50% 페이백형	주계약 총 보험료의 50%
		100% 페이백형	주계약 총 보험료의 100%
		200% 페이백형	주계약 총 보험료의 200%

주) 1. “주계약 총 보험료”란 주계약의 보험기간 중 납입하기로 정한 기본보험료 총액(추가납입보험료 제외)을 말합니다.

주계약 총 보험료 (예시)
월보험료 10만원, 월납, 10년납 계약의 경우,

주계약 총 보험료 = 100,000 (원) x 10 (년) x 12 (개월)
= 12,000,000 (원)

2. 주계약 기본보험료 금액이 변경되는 경우에는 이 특약의 가입금액 또한 동일하게 변경됩니다.
3. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때부터

효력을 가지지 않습니다.
4. 보험료 납입기간 중 피보험자가 제 8 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유)의 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 이 특약의 남은 보험기간에 한하여 차회 이후의 “주계약의 기본보험료 및 이 특약의 보험료” 납입을 면제하여 드립니다.
5. “암보장개시일” 은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
6. “일상생활장해보장개시일” 은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 “일상생활장해상태” 가 발생한 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)을 “일상생활장해보장개시일” 로 합니다.
7. “중증치매보장개시일” 은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 만 2년이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 질병이 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “중증치매상태” 가 발생한 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)을 “중증치매보장개시일” 로 합니다.
8. 보험계약일부터 각각의 보장개시일(“암” 은 “암보장개시일” , “중증치매상태” 는 “중증치매보장개시일” , “일상생활장해상태” 는 “일상생활장해보장개시일” 을 말함) 전에 발생한 “암” , “중증치매상태” 또는 “일상생활장해상태” 가 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 “암” , “중증치매상태” 또는 “일상생활장해상태” 로 제 8 조(보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유)의 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않으며 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
9. “6대질병” 이라 함은 “암” , “급성심근경색증” , “뇌출혈” , “말기신부전증” , “말기간질환” , “말기폐질환” 을 말합니다. 다만, “암” 의 경우 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암)), C51~C58(여성 생식기관의 악성신생물(암)), C60~C63(남성 생식기관의 악성신생물(암)), C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 보험금 지급 및 보험료 납입면제 사유에서 제외하며 보장하지 않습니다. (별표 2 (“6대질병” 의 정의) 참조)
10. “4대수술” 이라 함은 “관상동맥우회술” , “5대장기이식수술” , “대동맥인조혈관치환수술” , “심장판막수술” 을 말합니다. (별표 3 (“4대수술” 의 정의) 참조)
11. 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우, 이 특약은

산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 보험료의 납입이 면제된 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드리고 그 때부터 효력이 없습니다.

별표 2

“6 대 질병” 의 정의

① 암 (유방의 악성신생물(암), 여성 생식기관의 악성신생물(암), 남성 생식기관의 악성신생물(암), 기타 피부의 악성신생물(암), 갑상선의 악성신생물(암) 및 대장점막내암 제외)

1. “암” 이라 함은 제 7 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제 2015-309 호, 2016.1.1시행) 중 다음 “대상이 되는 악성신생물 (암) 분류표 (유방암, 남녀생식기관련암, 기타피부암 및 갑상선암 제외)” 에서 정한 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 암 해당 여부를 판단합니다. 다만, 분류번호 C50 (유방의 악성신생물(암)), C51 ~ C58 (여성 생식기관의 악성신생물(암)), C60 ~ C63 (남성 생식기관의 악성신생물(암)), C44 (기타 피부의 악성신생물(암)), C73 (갑상선의 악성신생물(암)), 전암상태 (암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential) 및 제 3 조 (“6 대 질병” 의 정의 및 진단확정) 제 2 항에서 정한 “대장점막내암” 은 제외합니다.

대상악성신생물(암)	분류번호
1) 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2) 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3) 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
4) 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5) 피부의 악성 흑색종	C43
6) 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
7) 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
8) 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
9) 부신의 악성신생물(암)	C74
10) 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
11) 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
12) 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96

13) 독립된 (원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
14) 진성 적혈구 증가증	D45
15) 골수 형성이상 증후군	D46
16) 만성 골수증식 질환	D47.1
17) 본태성 (출혈성) 혈소판혈증	D47.3
18) 골수섬유증	D47.4
19) 만성 호산구성 백혈병 [과호산구증후군]	D47.5

주) 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. “암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직 (fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사 (fine needle aspiration) 또는 혈액 (hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자 (보험대상자) 가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3. 한국표준질병·사인분류 지침서의“사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침“에 따라 C77 ~ C80 (이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)) 의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))으로 분류하지 않고, 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 급성심근경색증

“급성심근경색증”이라 함은 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 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

대상 급성심근경색증	분류번호
1) 급성 심근경색증	I21
2) 후속 심근경색증	I22
3) 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주) 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

③ 뇌출혈

“뇌출혈”이라 함은 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 뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

대상 뇌출혈	분류번호
1) 지주막하 출혈	I60
2) 뇌내출혈	I61
3) 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

④ 말기신부전증 (End Stage Renal Disease)

“말기신부전증”이라 함은 양쪽 콩팥 (신장) 모두가 비가역적인 기능 부전을 보이는 말기신질환 (End Stage Renal Disease) 으로서 보존요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석 또는 신장이식의 시술을 받아야 한다고 의사가 판단하여 그 말기신질환의 치료를 직접목적으로 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우를 말하며 일시적으로 혈액투석이나 복막투석치료를 필요로 하는 신부전은 보장에서 제외합니다.

⑤ 말기간질환 (End Stage Liver Disease)

“말기간질환”이라 함은 간경변증을 일으키는 말기의 간질환으로서, 다음 세 가지 특징을 모두 보여야 합니다.

1. 영구적인 황달 (jaundice)
2. 복수 (ascites)
3. 간성뇌병증 (hepatic encephalopathy)

⑥ 말기폐질환(End Stage Lung Disease)

1. “말기폐질환”이라 함은 제 7 차 한국표준질병·사인분류표 중 “폐질환분류표”에 해당하는 폐질환 중 만성호흡부전을 일으키는 말기의 폐질환으로서, 다음 두 가지 특징을 모두 보여야 합니다.

(1) 저산소증으로 인하여 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태

(2) 폐기능 검사에서 1 초간 노력성 호기량 (FEV1) 이 정상예측치의 25 % 이하

FEV1 (Forced expiratory volume in second)
1 초에 최대로 호기할 수 있는 폐기량

2. “말기폐질환”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 말기폐질환 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	병명코드
1) 인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
2) 기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
3) 만성 하부호흡기질환	J40 ~ J47
4) 외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
5) 주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
6) 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
7) 흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
8) 호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99

말기폐질환과 보장연관성이 있는 질병[주1)]

보장연관성이 있는 질병	병명코드
1) 거대세포바이러스폐렴 (J17.1*)	B25.0
2) 폐렴이 합병된 홍역 (J17.1*)	B05.2
3) 수두 폐렴 (J17.1*)	B01.2
4) 폐 톡소포자충증 (J17.3*)	B58.3
5) 류마티스 폐질환 (J99.0*)	M05.1

주1) “말기폐질환”으로 분류되는 질병에서는 말기폐질환과 보장연관성이 있는 질병으로 상기 질병도 포함하는 것으로 합니다.

주) 1. 제 8 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 말기폐질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

⑦ 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.

별표 3

“4 대 수술” 의 정의

① 관상동맥우회술 (Coronary Artery Bypass Graft, CABG)

1. “관상동맥우회술 (Coronary Artery Bypass Graft)” 이라 함은 관상동맥질환 (Coronary Artery Disease) 의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥 (Greater Saphenous Vein), 내유동맥 (Internal Mammary Artery) 등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부 (遠位部) 의 관상동맥 (심장동맥) 에 연결하여 주는 수술을 말합니다.

2. 그러나 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 보장에서 제외합니다.

예) 관상동맥성형술 (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술 (Coronary Stent), 회전죽상반절제술 (Rotational Atherectomy) 등

② 대동맥인조혈관치환수술 (Aorta Graft Surgery)

1. “대동맥인조혈관치환수술” 이라 함은 대동맥의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥 병소를 절제 (excision) 하고 인조혈관 (artificial vessel) 으로 치환 (graft) 하는 수술을 의미합니다. 여기서, “대동맥” 이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지 (branch) 동맥들은 제외됩니다.

2. 다만, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.

예) 경피적혈관 내 대동맥류수술 (Percutaneous Endovascular Aneurysm Repair)

③ 심장판막수술 (Heart Valve Surgery)

1. “심장판막수술” 이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두 가지 기준 중 한 가지 이상에 해당하는 경우입니다.

(1) 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공 심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술

(2) 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술 (Valvuloplasty) 을 해주는 수술

2. 그러나 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.
(1) 카테터를 이용하여 수술하는 경우
예) 경피적 판막성형술 (Percutaneous Balloon Valvuloplasty))
(2) 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

④ 5 대 장기이식수술 (5 Major Organ Transplantation)
1. “5 대 장기이식수술”이라 함은 5 대 장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 간장, 콩팥 (신장), 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인 (살아있는 사람, 뇌사자, 사망자를 모두 포함합니다) 의 내부 장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다.
2. 다만, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장하지 않습니다.

별표 4

“일상생활 기본동작” 유형 및 “타인의 완전한 도움” 판단기준표

“항상 타인의 완전한 도움” 이 반드시 필요한 경우

약관에 규정하는 “항상 타인의 완전한 도움” 이 반드시 필요한 경우라 함은 다음 각 유형의 판단기준에 해당되는 상태를 말합니다.

유형	판단방법
이동 (보행) 하기	특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 방 밖으로 나올 수 없다. (예를 들면, 보조기구를 사용하여도 방 밖으로 나올 수 없어 들것에 실리거나 업혀야만 방 밖으로 나올 수 있다)
식사하기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 식사를 전혀 할 수 없거나, 현재 계속적으로 튜브나 경정맥수액을 통해 부분적인 혹은 전적인 영양분 공급을 받아야 한다.
화장실 사용하기	대소변 조절하기와 관계없이 다른 사람의 계속적인 도움을 받아야 다음의 ① 또는 ② 또는 ③을 할 수 있다. ① 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일 그리고 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일 ② 실내용 변기 (혹은 요강) 를 사용하고 비우는 일 ③ 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치 (예를 들면, 유치(留置) 카테터 등) 나 외과적 시술물 (예를 들면, 결장루 등)을 사용하는 일
목욕하기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 샤워 · 목욕을 전혀 할 수 없다.
옷 입기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없다.

다음 각 유형의 판단기준 제 1 호 또는 제 2 호에 해당하는 경우에는 약관에 규정한 “항상 타인의 완전한 도움”이 반드시 필요한 경우에 해당하지 않으므로 이 보험에서 보장되지 않습니다.

유형	판단방법
이동 (보행) 하기	1. 도움 없이 혼자서 방밖으로 나올 수 있다. 2. 특별한 보조기구(휠체어, 목발, 의수, 의족, 보조이동장치 등)를 사용하거나 다른 사람의 도움이나 부축을 받아야 방 밖으로 나올 수 있다.
식사하기	1. 도움 없이 식사 (생선을 발라먹거나 음식을 잘라먹는 것 포함)를 할 수 있다. 2. 부분적으로 다른 사람의 도움이 있어야만 식사를 할 수 있다.
화장실 사용하기	1. 도움 없이 혼자서 다음 중 한 가지 이상을 할 수 있다. ① 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일 그리고 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일 ② 실내용 변기(혹은 요강) 를 사용하고 비우는 일 ③ 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치 (예를 들면, 유치(留置)카테터 등) 나 외과적 시술물 (예를 들면, 결장루 등) 을 사용하는 일 2. 부분적으로 다른 사람의 도움을 받아야 제 1 호의 ① 또는 ② 또는 ③을 할 수 있다.
목욕하기	1. 도움 없이 혼자서 때밀기와 샤워를 할 수 있다. 2. 다음 중 어느 한 가지 이상에 해당되는 경우를 말한다. ① 샤워는 혼자 할 수 있으나, 때는 혼자 밀지 못한다. ② 혼자서는 몸 (등 제외) 의 일부 부위만 닦을 수 있다. ③ 부분적으로 다른 사람의 도움을 받아야 샤워 · 목욕을 할 수 있다.
옷 입기	1. 도움 없이 혼자서 옷을 옷장에서 꺼내어 입을 수 있다. 2. 부분적으로 다른 사람의 도움을 받아야 옷을 입을 수 있다.

별표 5

보험금 지급 및 보험료를 납입면제할 때의 적립이율 계산
(제 13 조 제 2 항 및 제 24조 제 2 항 관련)

구분	적립기간	지급이자
페이백 보험금, 납입면제된 주계약의 기본보험료 및 이 특약의 보험료 (제 8 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 24 조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50 % 1 년 초과기간 : 1 %
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자가 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급 및 보험료 납입면제가 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율을 적용할 때 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.