무배당
3대질병
보험료납입지원특약

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당
보험료를 납입한 경우에만 적용합니다

MetLife

함께 찾아가는 인생

MetLife

무배당 3대질병보험료납입지원특약 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 3 조 (보험금 지급사유) 에 대한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약” 이라 합니다) 에 부가하여 체결됩니다.

제 2 관 용어의 정의

제 2 조 “3 대 질병” 의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 “3 대 질병” 이라 함은 별표 3 (“3 대 질병“의 정의) 에서 정한 “암”, “급성심근경색증”, “뇌출혈” 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

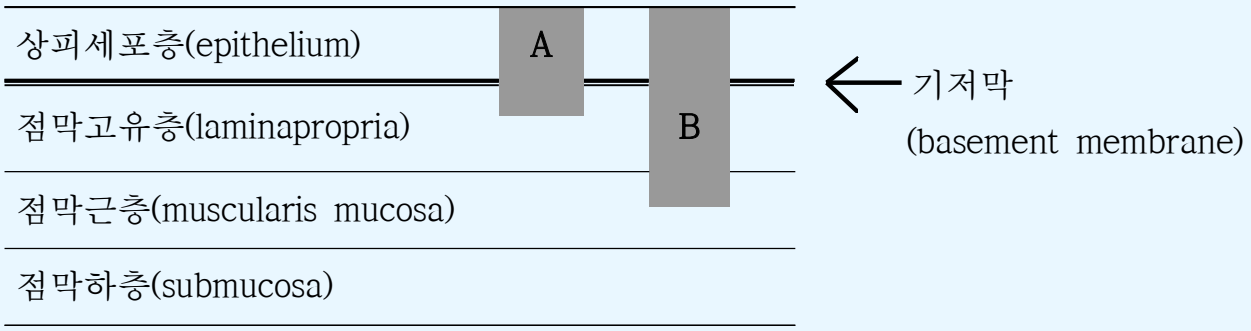
예시1) C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이

차성 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 "3 대 질병" 의 진단확정은 **의료법 제 3 조 및 제 5 조**의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 (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(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
마. 정신병원
바. 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 · 치

과의사 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 “3 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 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암” 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ “3 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 “급성심근경색증” 으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증” 으로 확정되거나 추정되는 경우

⑥ “3 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 3 관 보험금의 지급

제 3 조 보험금 지급사유

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제 10 조 (특약의 보장개시) 에서 규정하고 있는 **보장개시일** 이후에 3 대 질병 (제 2 조 (“3 대 질병” 의 정의 및 진단확정) 참조)으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 3대질병보험료납입지원금 (별표 1 (보험금 지급기준표) 참조) 을 지급해드립니다. 다만, 최초 1 회의 진단 확정에 한하여 지급합니다.

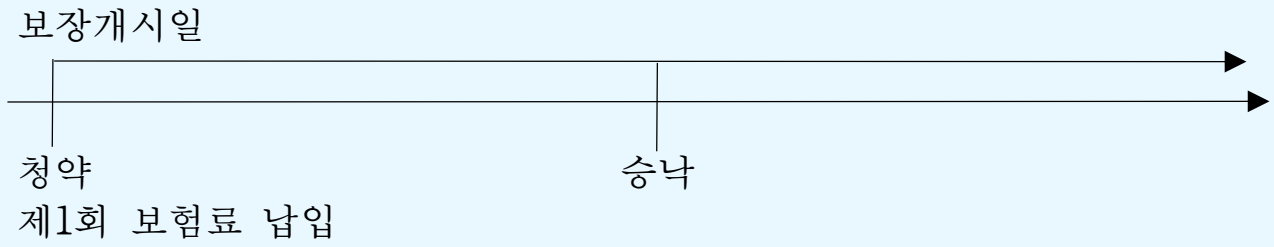
보장개시일

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.

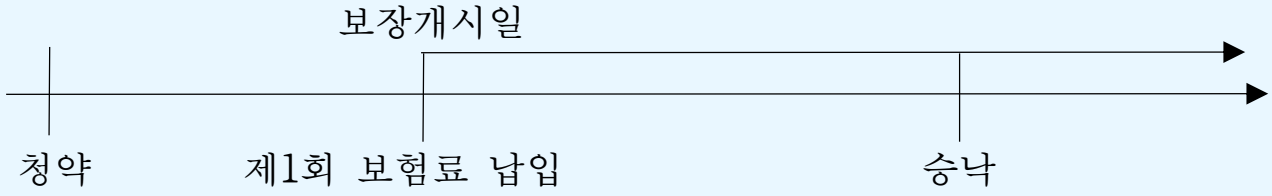
- 청약한 후에 회사가 승낙하고 그 이후에 제1회 보험료를 받은 경우



- 청약과 동시에 제1회 보험료를 납입하고 그 이후에 회사가 승낙한 경우



- 청약한 후에 제1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제 4 조 보험금 지급에 관한 세부규정

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

② 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제 2 조 (“3 대 질병” 의 정의 및 진단확정)에서 정한 “3대질병” 을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제 3 조 (보험금의 지급사유) 에서 정한 3대질병보험료납입지원금을 지급합니다.

③ 계약자는 피보험자가 보험계약일부터 제 10 조 (특약의 보장개시) 에서 정한 보장개시일 전에 “암” 으로 진단확정되었을 경우에는 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 보험료’ (계약자가 실제로 납입한 보험료를 말하며 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 제외)를 돌려드립니다.

④ 보험계약일부터 제 10 조 (특약의 보장개시) 에서 정한 보장개시일 전에 “암” 으로 진단확정되었으나 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 경우에는 보험계약일부터 보장개시일 전에 진단확정된 “암” 이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 “암” 으로 제 3 조 (보험금 지급사유) 에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우라 할지라도 보험금을 지급하여 드리지 않습니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고 청약일 (부활(효력회복)일) 부터 보장개시일 전에 “암” 으로 진단확정 받더라도 보장개시일 이후 5 년이 지나는 동안 그 “암” 으로 인하여 추가적인 진단 (단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보장개시일부터 5 년이 지난 이후에는 제 3 조 (보험금 지급사유) 에서 정한 보험금을 지급하여 드립니다.

⑥ 계약자와 회사가 제 3 조 (보험금 지급사유) 의 보험금 지급사유에 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 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 5 조 보험금을 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

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 6 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 지급을 청구하여야 합니다.
1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (진단서 (병명기입) 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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.

제 7 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제 6 조 (보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 이후 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

② 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 6 조 (보험금의 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 5 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 4 조 (보험금 지급에 관한 세부규정) 제 6항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제 2 항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50 % 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 2 (보험금을 지급할 때의 적립이율 계산) 와 같이 계산합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 8 조 (계약 전 알릴 의무 위반에 의한 특약의 해지) 와 제 1 항 및 제 2 항의 보험금 지급사유 조사와 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 제 5 항의 서면조사에 대한 동의 요청하는 경우 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 4 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 8 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 건강진

단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

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 보험금 지급사유가 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 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 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(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 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 18 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 지급합니다.

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

제 5 관 보험계약의 성립과 유지

제 9 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 년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단 (단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5 년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

④ 제 3 항의 "청약일로부터 5 년이 지나는 동안" 이라 함은 이 약관 제 15 조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지) 에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 이 약관 제 16 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 특약의 효력은 유지 됩니다.

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 사망하였을 경우
   피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우에는 별도의 책임준비금은 지급되지 않습니다.
3. 제 3 조 (보험금의 지급사유) 에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

⑦ 제 6 항 제 2 호의 “사망” 에는 보험기간에 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 10 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 3 (“3 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.

제 11 조 피보험자의 범위

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 12 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 18 조 (해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 이 특약이 부가된 주계약 기본보험료의 증액은 회사의 규정에 따라 제한될 수 있습니다.

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

제 13 조 특약의 보험기간

① 이 특약의 보험기간은 부가되는 주계약의 가입 당시 납입기간(의무납입기간이 있는 경우 가입 당시 의무납입기간)과 일치하여야 합니다. 가입 이후 보험료 납입유예 등의 변경이 있어도 이 특약의 보험기간은 변경되지 않습니다.

제 6 관 보험료의 납입

제 14 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 보험

료와 함께 선납하여야 합니다.

제 15 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 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 18 조 (해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 16 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) 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 10 조 (특약의 보장개시) 의 규정을 따릅니다.

제 7 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 17 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 18 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 17 조의2 위법계약의 해지

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 47 조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지 요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제 1 항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제 1 항 및 제 3 항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제 18 조 (해지환급금) 제 4 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제 1 항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 18 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.

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 (보험금 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 별도로 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제 17 조의2 (위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제 8 관 기타사항

제 19 조 주계약 약관 규정의 준용

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

별표 1

보험금 지급기준표

구분	지급사유	지급금액
3대질병 보험료 납입지원금 (제 3 조)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일(“암” 의 경우 “암보장개시일”) 이후에 “3대질병” 으로 진단 확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	특약 보험가입금액 × 잔여납입기간 (최저보장 10년)

주) 1. “잔여납입기간” 은 120회(10년)을 최저보증하며, 아래와 같이 계산합니다.

잔여납입기간
= max (납입기간(년) × 12 - 경과월수, 10(년) × 12)

2. 특약 보험가입금액은 계약체결 당시 주계약 및 특약보험료 합계액(단, 이 특약의 보험료는 제외)으로 합니다. 단, 보험가입금액은 천원 단위 미만은 절상 처리합니다.

보험금 (예시)
계약체결 당시 주계약 및 특약 합계 보험료 100,000원,
월납, 20년납 계약의 경우,

이 특약의 보험가입금액 = 100,000원

보험금 예시1) 100개월 경과 후 보험금 지급사유 발생시,
= max (20(년) × 12 - 100(개월) , 10(년) × 12) × 100,000원
= 14,000,000원

보험금 예시2) 200개월 경과 후 보험금 지급사유 발생시,
= max (20(년) × 12 - 200(개월) , 10(년) × 12) × 100,000원
= 12,000,000원

3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망한 경우 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 때 별도의 책임준비금은 지급되지 않습니다.

4. “암보장개시일” 은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함

하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
5. 보험계약일부터 보장개시일(“암”은 “암보장개시일”을 말함) 전에 발생한 “암”이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 “암”으로 제 3 조(보험금 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.
6. “3대질병”이라 함은 “암”, “급성심근경색증”, “뇌출혈”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 조(“3 대 질병”의 정의 및 진단확정) 제 2 항에서 정한 “대장점막내암”은 보험금 지급사유에서 제외하며 보장하지 않습니다. (별표 3 (“3대질병”의 정의) 참조)

별표 2

보험금 지급할 때의 적립이율 계산
(제 7 조 제 4 항 및 제 18 조 제 2 항 관련)

구분	적립기간	지급이자
3대질병보험료납입지원금 (제 3 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 18 조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50 % 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40 %
	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 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제 7 조 (보험금의 지급절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율을 적용할 때 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

별표 3

“3 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 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1시행) 중 다음 “대상이 되는 악성신생물 (암) 분류표 (유방암, 남녀생식기관련암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 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 C15 ~ C26 (소화기관의 악성신생물(암)) 중 제 2 조 (“3 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) 제 9 차 개정이후 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 피보험자가 “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 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 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) 제 9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

③ 뇌출혈

“뇌출혈” 이라 함은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 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) 거미막하 출혈	I60
2) 뇌내출혈	I61
3) 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제 9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

④ 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.